Nr. 16. 19. kwietnia 1931. Rok X.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. S. NEUMARK, Łódź.
A. GŁOGOWSKA, chemiczka Kasy Chorych.

Rola gruczołów dokrewnych w gospodarce cholesteryny ustroju.

Z polikliniki chorób skórno-wenerycznych (Dr. S. Neumark) oraz pracowni chemiczno-bakterjologicznej (Kierownik: Dr. E. Seliwanowa) Kasy chorych w Łodzi.

Przemiana cholesteryny w ustroju jest dotychczas całkowicie niewyjaśniona. Podczas gdy do niedawna przypuszczano pod wpływem autorów angielskich i szkoły Aschoff'a, iż cholesteryna w ustroju jest pochodzenia wyłącznie pokarmowego, zaznacza się obecnie silna reakcja w kierunku wręcz przeciwnym mianowicie w tym sensie, że zdolność ustroju do syntezy cholesteryny, ustawicznie przez szkołę Chauffard'a podkreślana, jest na podstawie doświadczeń nad bilansem cholesteryny w zupełności dowiedziona. Zwłaszcza doniosłe badania szeregu autorów (Wacker i Beck, Beumer, Thannhauser) dowiodły, że bilans ten jest całkowicie ujemny, czyli że ustrój wydziela przez jelita więcej cholesteryny niż go pochłania z pokarmem. Jeżeli poza tem wziąć pod uwagę, że również skóra wydziela na zewnątrz znaczną ilość cholesteryny, to przy wielkiem jej zapotrzebowaniu przez tkanki ustrój musiałby wreszcie zubożeć w cholesterynę, gdyby nie miał możliwości wytwarzania tego niezbędnego składnika pierwoszczy komórkowej. Beumer i Lehmann stwierdzili doświadczalnie, iż zawartość cholesteryny w tkankach czterotygodniowych rosnących psów trzydziestokrotnie przewyższała ilość cholesteryny podanej z pokarmem przez cały ten okres czasu, przyczem okazało się, że oba psy wydzielały z kałem więcej cholesteryny niż go otrzymały z pokarmem, czyli w równym stopniu co ustrój ludzki posiadały bilans ujemny.

Zdolność ustroju do syntezy cholesteryny nie ulega obecnie żadnej wątpliwości, jednakże w jakich tkankach i narządach w jakich rozmiarach i w jaki sposób synteza ta się odbywa jest dotychczas jeszcze mało wyjaśnione. Wiadomo, iż istnieją sprzeczne poglądy na rolę kory nadnerczy w przemianie cholesteryny w ustroju. Podczas gdy według szkoły francuskiej (Chauffard i Guy Laroche, Achard) kora nadnerczy jest najważniejszym narządem produkującym cholesterynę, szkoła niemiecka (Aschoff, Versé, Hueck, Leupold) uważa korę nadnerczy w równym stopniu co tkankę tłuszczową za narząd służący przedewszystkiem do magazynowania i czasowego wiązania cholesteryny, chociaż Leupold nie odmawia korze nadnerczy pewnego wpływu regulującego gospodarkę cholesteryny w ustroju. Cały szereg danych klinicznych i doświadczalnych nie daje się uzgodnić z bierną rolą kory nadnerczy w przemianie cholesteryny. Ten pogląd szkoły Aschoff'a poparty doświadczeniami na zwierzętach trawożernych mógł tak długo się utrzymać dopóki sądzono, iż cholesteryna w ustroju jest pochodzenia wyłącznie zewnętrznego. Z chwilą zaś gdy na podstawie badań bilansowych dowiedzionem zostało, iż cholesteryna przyjmowana z pokarmem jest w bardzo małym stopniu zużyta przez tkanki, gdyż zostaje w krótkim okresie czasu całkowicie wydzielona na zewnątrz, nie może być mowy o zwykłem jej magazynowaniu w korze nadnerczy. Zadziwiający przerost kory nadnerczy u płodów i nowonarodzonych oraz znaczna zawartość lipoidów, a zwłaszcza cholesteryny w jej komórkach nie może polegać na roli tego narządu jedynie jako spichrza. Również w przypadkach gruczolaków kory nadnerczy stwierdzono o wiele większą zawartość cholesteryny w porównaniu z narządem zdrowym, co bezwątpienia przemawia za tem iż istnieje pewna zależność pomiędzy stanem czynnościowym komórek, a zawartością cholesteryny (Joannovitch). Poza tem, doświadczalne badania Leupolda i innych autorów wykazały czynnościową współzależność pomiędzy korą nadnerczy a gruczołami płciowemi w związku z ogólną przemianą cholesteryny. Podczas ciąży i po kastracji kora nadnerczy ulega przerostowi; odpowiednio do cyklów czynnościowych gruczołów płciowych wykazuje kora nadnerczy pewne okresowe zmiany morfologiczne. Po usunięciu nadnerczy u kotów, myszy, szczurów i suk występują ciężkie zmiany zanikowe w komórkach płciowych z następową bezpłodnością, co częściowo jest wynikiem zaburzeń w gospodarce cholesteryny, gdyż jak wykazały badania Leupolda i współpracowników normalny przebieg spermo- lub owogenezy jest uwarunkowany dostateczną zawartością cholesteryny w korze nadnerczy. U chorych z *m. Addisoni* stwierdzono zanik jąder; przy guzach kory nadnerczy występują często różne zaburzenia w sferze płciowej (*Virilismus* etc.). Jeżeli przytem przyjąć pod uwagę, iż stan czynnościowy gruczołów płciowych w znacznym stopniu podlega wpływom ze strony płatu przedniego przysadki mózgowej (Zondeck i Aschheim), że dożylne podanie dużych dawek tyroidyny wywołuje ciężkie zmiany zanikowe w gruczołach płciowych z jednoczesną hipocholesterynemją (Leupold), oraz ze zmniejszoną zawartością cholesteryny w korze nadnerczy (Pighini i de Paoli), że u kobiet cierpiących na chorobę Basedowa nierzadko stwierdzić można zaburzenia w miesiączkowaniu względnie brak miesiączki; jeżeli uwzględnić czynnościową współzależność pomiędzy korą nadnerczy a innemi gruczołami dokrewnemi (przysadka mózgowa, tarczyca, trzustka — p. Trendelenburg) — cały szereg tego rodzaju danych przemawia za tem, *że kora nadnerczy jako gruczoł o wydzielaniu wewnętrznem w korelacyjnym stosunku do innych gruczołów dokrewnych bierze wybitnie czynny udział zarówno w syntezie cholesteryny i jej estrów jak i w uregulowaniu jej zawartości we krwi i w tkankach.* Kora nadnerczy posiada zdolność nietylko magazynowania cholesteryny lecz zarówno i przetwarzania jej w inne tłuszcze i lipoidy, względnie syntezy cholesteryny kosztem tłuszczów i fosfatydów. Należy bowiem zaznaczyć, iż w ustroju istnieje pomiędzy przemianą tłuszczów a lipoidów do pewnego stopnia ścisły stosunek i współzależność. W przypadkach hiperlipemji zarówno fizjologicznej jak i patologicznej (naprzykład przy cukrzycy), również po doświadczalnem podaniu tłuszczów obojętnych z pokarmem wzrasta jednocześnie poziom cholesteryny i lecytyny we krwi (Reicher, Leites). Przeciwnie, Wacker i Hueck oraz inni autorzy stwierdzili doświadczalnie, iż po podaniu cholesteryny nietylko zawartość cholesteryny ulega zwiększeniu, lecz zarówno poziom kwasów tłuszczowych i lecytyny wzrasta. Leites zaś stwierdził, że po podaniu lecytyny podnosi się poziom cholesteryny i kwasów tłuszczowych we krwi. Wiadomo, że cholesteryna jest rozpuszczalna w tłuszczach obojętnych i że tworzy połączenia z kwasami tłuszczowemi, poza tem doświadczenie, iż cholesteryna i jej estry znajdują się w tkankach stale w połączeniu z fosfatydami i tłuszczami obojętnemi również przemawiają za tem, że w ustroju przemiana tłuszczów w lipoidy oraz lipoidów w tłuszcze obojętne jest możliwa i że przy rozkładzie i spalaniu tłuszczów obojętnych zarówno cholesteryna jak i lecytyna odgrywają rolę jako produkty przejściowe. Aczkolwiek prawdopodobnie w różnych narządach, a być może w każdej komórce istnieją fermenty tworzące i rozkładające cholesterynę, które regulują stosunek cholesteryny wolnej do związanej oraz do innych frakcyj lipoidalnych we krwi i w tkankach jednakże pewne narządy, jak wątroba, śledziona, płuca, poza tem tkanka tłuszczowa, szpik kostny, skóra etc. odgrywają szczególnie ważną rolę w przemianie cholesteryny jako narządy o dobrze rozwiniętym układzie siateczkowo-śródbłonkowym. Rola układu siateczkowo-śródbłonkowego jako pośredniczącego pomiędzy środowiskiem krwistym a komórkami ustroju jest wybitnie czynna, gdyż układ ten zdolny jest nietylko do magazynowania i czasowego wiązania wchłoniętych tłuszczów i lipoidów, lecz i do wzajemnego ich przetwarzania. Tego rodzaju czynna rola układu siateczkowo-śródbłonkowego w przemianie tłuszczów i lipoidów w ustroju podlega regulacji ze strony gruczołów dokrewnych. Gruczoły te, a zwłaszcza nadnercza, trzustka, tarczyca, przysadka mózgowa i gruczoły płciowe biorą wybitny udział w regulacji przemiany tłuszczowej, tak, że zaburzenia w gospodarce tłuszczowej mogą być wynikiem niedomogi wymienionych gruczołów. Jeżeli jednak uwzględnić ścisły związek istniejący pomiędzy przemianą tłuszczów a lipoidów, niewątpliwem jest, iż zaburzenia czynnościowe gruczołów dokrewnych wywierać mogą odpowiedni wpływ również na gospodarkę lipoidów, a zwłaszcza cholesteryny w ustroju.

Wiele więc danych zarówno klinicznych jak i doświadczalnych przemawia za tym poglądem, przyznać jednak należy, że o wpływie hormonów na gospodarkę lipoidów, a zwłaszcza cholesteryny wiemy stosunkowo bardzo mało, tak, że wszelkie badania skierowane ku wyjaśnieniu tego tak bardzo ważnego i ciekawego zagadnienia są pożądane i niezbędne. Przy doświadczalnem ujęciu

Tabela I.
Cholesterynemja po wstrzyknięciu adrenaliny (1 cm³ podskórnie na czczo).

Data badania	Imię i nazwisko	Cholesteryna całkowita w surowicy krwi przed wstrzyknięciem ‰	½ godziny później przed wstrzyknięciem ‰	1 godzina po wstrzyknięciu ‰	2 godziny ‰	3 godziny ‰	Uwagi
22/II. 27	Koz. H.	1.63	1.71	1.93	2.08	1.5	Eczema
2/III. 27	Kap. A.	2.35	2.55	2.15	2.65	1.95	Lues latens
9/III. 28	Rot. M.	1.04	1.23	1.71	1.8	1.9	Psoriasis
10/II. 28	Kr. M.	0.95	1.04	1.32	1 17	1.41	Eczema seborrhoicum
18/II. 28	Sz. L.	0.76	0.67	0.92	0.87	0.82	Lues latens
7/III. 28	Sz. L.	0.71	1.03	1.26	1.08	0.89	Lues latens
20/III. 28	Rak. H.	1.6	1.43	1.56	1.38	1.41	Lupus vulgaris
1/IX. 28	Kr. A.	1.04	1.08	0.7	1.57	1.37	Lues latens
26/I. 28	H. Z.	1.27	—	1.25	1.44	1.8	Psoriasis
12/V. 28	K. M.	1.15	1.1	—	1.22	1.29	Pityriasis rosea

Tabela II.
Cholesterynemja po wstrzyknięciu ergotaminy (Gynergen — Sandoz ½–1 cm³ śródmięśniowo na czczo).

Data badania	Imię i nazwisko	Cholesteryna całkowita w surowicy krwi przed wstrzyknięciem ‰	½ godz. później przed wstrzykn. ‰	½ godz. po wstrzykn. ‰	1 godz. ‰	1½ godz. ‰	2 godz. ‰	2½ godz. ‰	Uwagi
23/V. 28	D. I.	1.35	1.28	—	1.46	—	1.29	1.68	Psoriasis ½ cm³ Gynergen
4/VI. 28	K. St.	1.67	1.75	—	2.09	—	2.00	2.30	Psoriasis ½ cm³
14/VI. 28	Sz. A.	2.55	3.06	2.82	3.05	3.13	3.39	—	Lues latens 1 cm³
18/VI. 28	Sz. E.	2.50	3.06	2.87	2.40	2.13	2.66	—	Diabetes. Intertrigo 1 cm³
4/VII. 28	Ks. A.	1.80	2.04	—	2.35	—	1.76	1.67	Pityriasis rosea ½ cm³
12/VIII. 28	Sl. A.	1.91	2.09	2.40	2.04	2.09	2.40	—	Melanodermia generalisatum ½ cm³
22/IX. 28	W. J.	1.71	1.53	—	1.84	1.84	1.81	—	Pruritus 1 cm³
30/VII. 28	M. W.	1.78	2.25	2.30	2.70	2.87	—	—	Psoriasis 1 cm³
15/IX. 28	B. M.	1.28	1.40	2.04	1.60	1.72	1.76	—	Alopecia areata 1 cm³
9/VIII. 28	W. St.	1.97	2.28	—	3.00	—	2.77	2.76	Eczema generalisatum ½ cm³

Tabela III.
Cholesterynemja po jednoczesnem wstrzyknięciu ergotaminy i adrenaliny (po 1 cm³ podskórnie względnie śródmięśniowo na czczo).

Data badania	Imię i nazwisko	Cholesteryna całkowita w surowicy krwi przed wstrzyknięciem ‰	½ godz. później przed wstrzykn. ‰	½ godz. po wstrzykn. ‰	1 godz. ‰	1½ godz. ‰	2 godz. ‰	Uwagi
5/II. 29	M. G.	1.49	1.37	1.76	1.91	1.83	1.62	Psoriasis
7/II. 29	R. H.	2.4	2.45	2.28	2.76	2.28	1.80	Lupus vulgaris
12/II. 29	J. F.	1.37	1.38	1.18	1.33	1.35	1.20	Acne varioliformis
21/II. 29	M. A.	1.51	1.57	2.44	1.99	1.91	1.37	Lues latens
20/III. 29	W. J.	1.57	1.51	1.99	2.09	2.10	2.09	Pruritus
7/IV. 29	L. J.	1.07	—	1.60	1.84	—	—	Eczema acutum
1/X. 29	K. J.	1.69	2.02	2.40	1.95	1.95	2.55	Psoriasis

tego zagadnienia można zastosować różne metody badań w celu wyjaśnienia roli poszczególnych gruczołów dokrewnych w gospodarce cholesteryny, mianowicie przez operacyjne usunięcie poszczególnych gruczołów, przez wstrzyknięcie lub doustne podanie odpowiednich hormonów, względnie przez fizykalne zadziałanie na pojedyncze gruczoły, naprzykład zapomocą naświetlania promieniami Roentgena lub zastosowania diatermji z następowem stwierdzeniem zmian występujących zarówno w bilansie jak i w zawartości cholesteryny we krwi i w tkankach w związku ze zaburzeniami w ogólnej przemianie tłuszczów i lipoidów oraz w gospodarce jonowej ustroju. Należy przyznać, iż wszystkie te metody stwarzają dość skomplikowane warunki, dzięki którym trudno ustalić, w jakim stopniu wypadnięcie lub zmniejszenie czynności jednego gruczołu, względnie spotęgowanie tej czynności związane jest ze zaburzeniami w gospodarce cholesteryny, względnie z wahaniami zawartości cholesteryny we krwi i w tkankach przedewszystkiem ze względu na współzależność wszystkich gruczołów dokrewnych, następnie ze względu na dwufazowe działanie hormonów, wreszcie ze względu na to, iż po zadziałaniu czynników fizykalnych, naprzykład promieni Roentgena na poszczególne gruczoły należy przyjąć pod uwagę oprócz zmienionej czynności tych gruczołów również wpływ produktów rozpadowych tkanek powstałych wskutek naświetlania na cały ustrój z następowemi zmianami fizyko-chemicznemi zarówno krwi jak i tkanek ustroju. To też dziwić się nie należy, jeżeli wyniki doświadczalnych badań w tym kierunku są niejednolite i poniekąd sprzeczne. Naprzykład, wycięcie nadnerczy jedno lub obustronne u królików wywołuje zwiększenie poziomu cholesteryny we krwi (L a n d a u, W a c k e r i H u e c k), podczas gdy u psów po obustronnem (G r i g a u t) lub u ludzi po jednostronnem operacyjnem usunięciu nadnerczy, tego rodzaju zmiany we krwi nie występują. K n a u e r stwierdził w doświadczeniach na szeroką skalę zakrojonych (40 królików) regularne zwiększenie wszystkich frakcyj lipoidalnych po obustronnem wycięciu nadnerczy. Natomiast V i a l e i B r u n o stwierdzili nawet obniżenie poziomu cholesteryny przy jednoczesnej lecytynemji i zmniejszonej rezerwie alkalicznej. Ponieważ jednak prawie stale występują po wycięciu nadnerczy zaburzenia w równowadze jonowej we krwi z następową kwasicą (Trendelenburg) należy z pewnem prawdopodobieństwem przyjąć, iż hipercholesterynemja po usunięciu nadnerczy u królików jest w ścisłym związku z kwasicą wskutek swoistych zaburzeń utleniania w tkankach (H u e c k). Tembardziej, że po operacyjnem usunięciu śledziony (B u g n a r d), podczas wstrząsu anafilaktycznego (Z u n z i L a B a r r e), zarówno po sztucznem zwiększeniu Ph we krwi zapomocą wstrzyknięć dożylnych rozczyn HCl (V a n d e V e l d e) jednocześnie ze stwierdzoną kwasicą poziom cholesteryny we krwi wzrasta. Ze względu na to, iż adrenalina oddziaływuje na równowagę jonową we krwi w kierunku kwasicowym i tem samem wpłynąć może na poziom cholesteryny, na co w pewnym stopniu wskazuje częste występowanie hipercholesterynemji przy miażdżycy tętnic, przewlekłych schorzeniach nerek, samoistnem wzmożonem parciu krwi zwrócono uwagę na stosunek istniejący pomiędzy adrenalinemją a cholesterynemją.

Badania szeregu autorów (Grigaut i Richet-fils, Wacker i Hueck, Jacobsohn i Rotschild, Glaser) wykazały, że po podskórnem wstrzyknięciu adrenaliny występuje zwiększenie zawartości cholesteryny we krwi. Natomiast inni autorzy (C o m b e s) tego rodzaju zmian stwierdzić nie mogli, względnie skonstatowano nawet obniżenie poziomu cholesteryny po dożylnem podaniu adrenaliny (F e j g i n, C y g e l s t r e i c h i M a r j a n k o).

Badania własne, przeprowadzone metodą Autenrieth - Funka u kobiet na czczo wykazały zgodnie z wynikami innych autorów, iż *w większości przypadków po podskórnem wstrzyknięciu adrenaliny w ilości 1 cm³ następuje zwiększenie poziomu cholesteryny całkowitej w surowicy krwi, różnego natężenia, trwające dłuższy lub krótszy okres czasu indywidualnie w każdym poszczególnym przypadku. Po hipercholesterynemji poadrenalinowej może nastąpić obniżenie poziomu cholesteryny całkowitej we krwi, co świadczy o dwufazowem działaniu adrenaliny w równej mierze,* co wahania w zawartości jonów Ca i K, względnie H i OH w surowicy krwi. Odmienne wyniki uzyskane przez F e j g i n a i współpracowników polegają prawdopodobnie na dożylnem zastosowaniu adrenaliny, przyczem ujemna faza cholesterynemji poadrenalinowej znalazła swój wyraz.

Trudno jednak z pewnością rozstrzygnąć, czy przejściowa hipercholesterynemja poadrenalinowa jest w związku z podrażnieniem układu nerwowego współczulnego przedewszystkiem z tego względu, *że po wstrzyknięciu śródmięśniowem ½—1 cm³ ergotaminy (Gynergen),* a więc przypuszczalnego antagonisty adrenaliny *również uzyskać można przejściową hipercholesterynemję, niekiedy dość znacznego stopnia, trwającą pewien okres czasu, poczem jak po adrenalinie następuje obniżenie poziomu cholesteryny we krwi, co również wskazuje na dwufazowe działanie ergotaminy.*

Następnie po *jednoczesnem wstrzyknięciu 1 cm³ adrenaliny podskórnie lub śródmięśniowo i gynergenu w ilości 1 cm³ śródmięśniowo występuje w przeciągu pierwszych 2 godzin w jednych przypadkach hipercholesterynemja, w innych natomiast poziom cholesteryny ulega dwufazowym wahaniom, wreszcie w pojedynczych przypadkach zawartość cholesteryny nie ulega większym zmianom.*

Ergotamina wyodrębniona przez S t o l l a ze sporyszu posiada nader ważne i charakterystyczne właściwości pod względem farmakologicznym i terapeutycznym. Wedle obszernych i dokładnych badań R o t h l i n 'a i innych autorów właściwości te są następujące:

ergotamina oddziaływuje w sposób antagonistyczny w stosunku do adrenaliny na układ współczulny, co stwierdzić można doświadczalnie, mianowicie:

a) po uprzedniem podaniu ergotaminy, adrenalina nie wywołuje zwiększenia ciśnienia krwi, wręcz przeciwnie nastąpić może obniżenie ciśnienia;

b) nie występuje również hiperglikemja poadrenalinowa;

c) niema przyśpieszenia tętna;

d) nie występuje skurcz macicy króliczej po wstrzyknięciu adrenaliny;

e) ergotamina paraliżuje wpływ hamujący adrenaliny względnie układu współczulnego na czynność wydzielniczą i motoryczną przewodu pokarmowego;

f) sama ergotamina zwalnia tętno i przyśpiesza oddech w przeciwieństwie do adrenaliny, natomiast w małych dawkach ergotamina zwiększa ciśnienie krwi, poczem następuje obniżenie ciśnienia, co wskazuje na dwufazowe działanie ergotaminy.

Na podstawie tych badań przyjmuje R o t h l i n, iż ergotamina oddziaływuje porażająco nietylko na pobudzające, lecz zarówno i na hamujące włókna współczulne.

Z tych względów zrozumiałem jest dodatnie działanie ergotaminy w przypadkach tachykardji pochodzenia współczulnego, skurczów naczyniowych uogólnionych *(Hypertonia essentialis)* lub też umiejscowionych *(Migrena, Angina pectoris)* zarówno jak w stanach chorobowych przy których występują objawy nadmiernego podrażnienia układu współczulnego *(Basedow, Climacterium, Urticaria, Glaucoma, Spermatorrhoe, Epilepsia)*. Wedle szeregu autorów (M o r e t t i, K e p i n o w i P e t i t D u t a l l i s, N i t z e s c u) ergotamina przeszkadza w występowaniu nietylko hiperglikemji poadrenalinowej, lecz zmniejsza również hiperglikemję występującą po podaniu węglowodanów doustnie, zarówno jak po upuście krwi, wreszcie obniża poziom cukru we krwi u cukrzycowych.

Wedle A d l e r s b e r g 'a i P o r g e s 'a oraz innych autorów ergotamina jest raczej antagonistą tyroksyny, gdyż w przeciwieństwie do tyroksyny podnieca ona włókna hamujące nietylko układu współczulnego, lecz też i układu parasympatycznego. Istnieją podstawy do przypuszczenia, iż układ współczulny pobudza wewnętrzne wydzielanie tarczycy, to też ergotamina oddziaływując na układ współczulny wpłynąć może na czynność wydzielniczą tarczycy. Na tych rozważaniach polega leczenie z dodatnim wynikiem choroby Basedowa ergotaminą oraz jej zapobiegawcze i pooperacyjne zastosowanie w ciężkich przypadkach, w których zabieg operacyjny jest niezbędny.

Dok. nast.

Dr. Władysław DOBRZANIECKI. Lwów.

Wpływ usunięcia zwojów współczulnych na zachowanie się rozmaitych przeszczepów skórnych autoplastycznych i homoplastycznych.

Z Kliniki chirurgicznej A. (Dyrektor: Prof. Dr. R. L e r i c h e) i z Instytutu histologji (Dyrektor: Prof. Dr. P. B o u i n) Uniwersytetu w Strasburgu.

Dokończenie.

Wstrzykiwanie zawiesiny homotransplantatów nabłonkowych.
(6 królików).

Wprowadzenie obcego białka homotransplantatu w głąb tkanki wywołuje zawsze bardzo poważne uszkodzenia i odczyn ze strony podłoża, wydalenie komórek nabłonkowych w ciągu 3—5 dni, dalej ostrą martwicę na powierzchni rany i w warstwach głębiej położonych jako też znaczne opóźnienie procesu gojenia. Na wszystkich preparatach drobnowidowych zauważyć można znaczne uszkodzenia przedewszystkiem w zakresie naczyń. Uszkodzenia te są jeszcze wyraźniejsze jeśli starać się będziemy wytworzyć pewnego rodzaju sztuczną hodowlę komórek nabłonkowych, wstrzykując je

między dwie nietknięte blaszki skórne małżowiny bez poprzedniego stworzenia powierzchni rannej. Sprawę ostatnią omówimy dokładnie w następnym rozdziale.

Wydalanie komórek nabłonkowych homotransplantatu dokonywa się znacznie szybciej po stronie sympatektomji w porównaniu ze stroną przeciwną nieoperowaną. Często już począwszy od 3-go dnia nie można wykazać wprowadzonych komórek. W każdym razie sympatektomja powoduje wzmożenie sił obronnych ustroju, względnie wywołuje szybko rozwijającą się odporność na obce białko wprowadzone wraz z homotransplantatem. Równocześnie komórki nabłonkowe homotransplantatu w znacznej mierze przedłużają czas gojenia się tkanek.

Przejdźmy do obrazów drobnowidowych. W skrawkach pobranych w 2—6 dni z miejsc wstrzyknięcia po stronie sympatektomji stwierdzamy ostrą martwicę na całej powierzchni rannej, wydalanie fragmentów tkankowych, bardzo wyraźny obrzęk i nacieki zapalne w zakresie tkanki łącznej całego łożyska. Brak jakiejkolwiek regeneracji nabłonka na brzegach rany (rycina 5).



Rys. 5. Mikrofotografja. Powiększenie 110 razy. Wstrzykiwanie homoepithelium (po 6. dniach) a) martwica, nacieki włóknikowo-ropne.

Po stronie gdzie zwoju nie usuwano zaobserwować można rozległą martwicę na całej powierzchni rannej, złogi wysięku włóknikowo-ropnego, zniszczenie prawie zupełne tkanki łącznej. Posuwając się ku podstawie łożyska spostrzega się wyraźne nacieki zapalne jako też pomniejsze ogniska martwicze. Brak odczynu ze strony chrząstki. W innych skrawkach znajdujemy wysepki nabłonka w głębi tkanki łącznej. Wysepki te otoczone są dokoła rozpadającemi się elementami i makrofagami. Sam zaś nabłonek nie uległ martwicy i co więcej stwierdzić w nim można nieliczne figury mitotyczne.

14-tego dnia widzimy po stronie sympatektomji obfite bujanie tkanki łącznej, liczne nacieki olbrzymio-komórkowe w głębi podłoża i objawy bujania ochrzęstnej. Nabłonek jednego brzegu rany rozrasta się i wysyła wypustki komórek, które jednak nie pokrywają całości powierzchni. W miejscach niepokrytych znaleźć można wiele jeszcze elementów martwiczych w okresie wydzielania się. W naczyniach zmian wybitniejszych się nie stwierdza. W innych skrawkach zaznaczone jest wyraźnie rozszerzenie naczyń żylnych a prócz tego przerost warstwy kolczastej nabłonka łożyska.

14-tego dnia po stronie nieoperowanej widzimy jeszcze bardzo rozległą i znacznie posuniętą martwicę, która obejmuje wszystkie prawie warstwy podłoża a nawet i chrząstkę. Obok tego stwierdza się intensywne bujanie ziarniny, postępujące od brzegów i z niektórych części łożyska. Ziarnina ta jest często pokryta grubą warstwą włóknika i rozpadłych elementów. Odczyn ochrzęstnej. Brak jakiejkolwiek regeneracji nabłonka. Naczynia zmian nie wykazują.

22-go dnia po stronie sympatektomji zupełna regeneracja nabłonka pod cienką warstwą włóknika i ciałek wielojądrzastych. W głębi tkanki łącznej nacieki olbrzymiokomórkowe.

Po stronie przeciwnej rana wygojona pokryta nowowytworzonym nabłonkiem. Liczne obrazy resorbcji chrząstki. Tu i ówdzie małe ogniska zapalne okołonaczyniowe.

Hodowla autotransplantatów i homotransplantatów nabłonkowych w środowisku organicznem.
(8 królików).

Prócz doświadczeń nad przeszczepianiem badaliśmy równocześnie wpływ sympatektomji na komórki nabłonkowe tego samego osobnika i innego osobnika z tego samego gatunku. Wstrzykiwaliśmy te komórki między dwie nienaruszone blaszki skórne małżowiny królika. Jest to pewnego rodzaju hodowla komórek, która pozwala nam obserwować wpływ środowiska zmienionego przez neurotomję współczulną na te komórki.

Podczas gdy po wstrzyknięciu komórek nabłonka tego samego zwierzęcia obraz kliniczny nie przedstawia po stronie sympatektomji wyraźniejszych zmian prócz lekkiego obrzęku, który znika zupełnie po 10—12 dniach — to po wstrzyknięciu *homoepithelium* już makroskopowo przebieg następowy ma zupełnie inny charakter. Występuje wyraźny odczyn zapalny z obrzmieniem tej okolicy przy równocześnie postępującem ścieńczeniu skóry.

W ciągu 4—7 dni wytwarzają się po stronie sympatektomji małe przetoki z których wydziela się ciastowata masa. Podobne przetoki powstają i po stronie przeciwnej z kilkudniowem jednak opóźnieniem.

Po wstrzyknięciu komórek własnych danego zwierzęcia stwierdza się drobnowidowo po obu stronach lekki obrzęk i nieliczne nacieki zapalne. W pierwszych 4—7 dniach w wysepkach wstrzykniętego nabłonka stwierdzić można objawy karjokinezy komórek rozrodczych. Po 10—12 dniach komórki ulegają szybkiej resorbcji. W żadnym z naszych przypadków komórki wstrzyknięte nie przetrwały dłużej jak 12 dni. Obraz drobnowidowy tak z jednej i z drugiej strony jest prawie zupełnie taki sam. Jedynie po stronie sympatektomji stwierdza się wyraźnie zaznaczoną jędrność naczyń i przerost warstwy kolczastej nabłonka.

Daleko bardziej zajmująco przedstawia się drobnowidowy obraz po wprowadzeniu *homoepithelium*.

Począwszy już od 4-go dnia po stronie sympatektomji nabłonek pokrywający skórę małżowiny ulega miejscami zupełnemu zniszczeniu a owrzodzenia te pokryte są martwiczemi masami. Tkanka łączna małżowiny wykazuje rozległe nacieki składające się z elementów komórkowych tkankopochodnych i krwiopochodnych. Nacieki te rozsuwają włókna podłoża tkanki łącznej. Naczynia są nadmiernie rozszerzone i wypełnione obficie ciałkami czerwonemi i białemi. Komórki błony zewnętrznej *(adventitia)* Marchand'a wykazują gdzieniegdzie obrazy karjokinezy. Tu i ówdzie stwierdzić można w tkance łącznej znaczny obrzęk z ziarnistym rozpadem włókien łączno-tkankowych. W naczyniach wykazać można objawy endoteljozy (obrzęk śródbłonka, bujanie). Inne osłonki naczyniowe są mniej lub więcej zmienione, gdzieniegdzie widoczne są zmiany w zakresie błony sprężystej wewnętrznej i mięśniówki.

Włosy wykazują wyraźne zmiany w obrębie swych korzeni.

Po stronie gdzie sympatektomji nie wykonano widzimy w zakresie nacieków komórkowych, utworzonych w znacznej mierze przez histjocyty, rozpadające się resztki komórek zasadochłonnych. Wysepka nabłonka typu Malpighi'ego ma jądra częściowo normalne, częściowo zaś zwyrodniałe. Wysepka ta znajduje się w głębszych warstwach skóry małżowiny. Zauważyć w niej można również dość rzadkie zresztą normalne obrazy karjokinezy. Nigdzie nie można stwierdzić w niej wnikania naczyń z otaczającej tkanki. Naczynia leżące w pobliżu nie wykazują odczynu zapalnego (rozszerzenie i przyścienne układanie się ciałek wielojądrzastych). Gdzieniegdzie spotykamy odosobnione komórki nabłonkowe, przedstawiające różne postacie wstecznych zmian zwyrodnieniowych (wakuolizacja, chromatoliza i t. p.). (Rycina 6).

Partje zajęte przez naciek leżą zupełnie powierzchownie. Występują ubytki w skórze małżowiny (owrzodzenia).

Nagół każda hodowla nabłonka w środowisku organicznem ulega resorbcji. O ile z jednej strony komórki własne zwierzęcia ulegają wolnemu i stopniowemu wchłanianiu bez gwałtownych odczynów ze strony otaczającej tkanki, o tyle z drugiej strony *homoepithelium* jest wydalane gwałtownie przy dużych zaburzeniach. które stwierdzić możemy zarówno makroskopowo jak i drobnowidowo. Przedewszystkiem po stronie sympatektomji widzimy duże zmiany w zakresie wszystkich warstw ściany naczyń jak i tkanki łącznej. Stanowi to nowy dowód, który potwierdza słuszność naszego zapatrywania, że ustrój nie znosi zupełnie wprowa-

dzenia doń elementów tkankowych obcych, chociażby pochodziły od tego samego gatunku zwierzęcia. Być może, że rozszerzenie naczyń, występujące po sympatektomji, umożliwia przenikanie produktów rozpadu *homoepithelium*, co w następstwie pociąga za sobą duże zmiany we wszystkich warstwach ściany naczyń. Równocześnie zaznaczyć należy, źć wydalanie komórek nabłonkowych



Ryc. 6. Mikrofotografja. Powiększenie 190 razy. Hodowla nabłonka w środowisku organicznem. a) wysepka homoepithelium wśród nacieku komórkowego (w okresie wydzielania się).

homotransplantatu występuje znacznie szybciej po stronie sympatektomji. Fakt ten nasuwa przypuszczenie, że sympatektomja wzmaga siły obronne ustroju, względnie uczula je i wytwarza bardzo szybko odporność na białko obce.

Gojenie się ran bez przeszczepiania.
(4 króliki).

Aczkolwiek gojenie się ran doświadczalnych po sympatektomji jest rzeczą znaną i opracowaną (Leriche i Haour, Placintianu, Jung) i mimo że sprawa ta nie pozostaje w ścisłym związku z założeniem naszych doświadczeń uważamy za stosowne podać wyniki, któreśmy osiągnęli, a które zresztą zgadzają się ze spostrzeżeniami już ogłoszonemi.

Zwierzęta z ranami wytworzonemi doświadczalnie bez równoczesnego przeszczepiania służyły nam jako zwierzęta kontrolne dla porównania przebiegu gojenia się samoistnego z gojeniem się ran pokrytych homotransplantatami różnego rodzaju. W tym celu usuwaliśmy skórę i chrząstkę w ściśle tych samych rozmiarach ażeby stworzyć identyczne warunki anatomiczne z przeszczepami i bez nich. Nie będę tu zajmował się ich wyglądem makroskopowym, albowiem te rzeczy opisali wyżej wymienieni autorowie. Podam tylko w kilku słowach wyniki drobnowidowe zasługujące na podkreślenie.

Po stronie sympatektomji w 7—10 dni po zabiegu występuje zupełne wygojenie się rany, wyraźny odczyn ochrzęstnej z obfitem tworzeniem się nowej chrząstki przy równocześnie słabo zaznaczonych objawach zapalnych.

Po stronie przeciwnej w tym samym okresie czasu stwierdzono martwicę przybrzeżną, znaczne rozszerzenie naczyń żylnych, wyraźne objawy zapalne, pojawienie się komórek olbrzymich i nieznaczny odczyn ochrzęstnej.

Uwagi ogólne i wnioski końcowe.

Zestawiając wyniki badań doświadczalnych i spostrzeżeń klinicznych dotychczas ogłoszonych, musimy stwierdzić, że neurotomje współczulne wywierają niewątpliwie wpływ bardzo znaczny na cały szereg procesów biologicznych. Wyniki osiągnięte stanowią znaczny postęp w badaniu naukowem fizjologji i patologji układu współczulnego. Mimo to nie wyszliśmy dotychczas poza stadjum początkowe, jest to bowiem dziedzina zbyt rozległa, którą dopiero od niedawna zaczęto się zajmować.

Zabiegi na układzie współczulnym wywołują duże zmiany w systemie naczyniowym, objawiające się w dwojaki sposób zależnie od rodzaju zabiegu. (sympatektomja okołotętnicza, usunięcie zwojów, przecięcie gałęzi zespalających i pnia współczulnego). Powodują one również przesunięcia w obrazie krwi, działają jako czynnik wyjaławiający rany zakażone, przyśpieszają odradzanie się nabłonka, tkanki łącznej, kości i mięśni prążkowanych. Wyniki osiągnięte drogą neurotomij współczulnych dowodzą również wielkiego ich znaczenia dla przeszczepiania i nowotworów doświadczalnych.

Doświadczenia nasze wykonywano na królikach samcach, w wieku od 6-ciu miesięcy do 1-go roku, w celu ustalenia wpływu usunięcia zwojów współczulnych na rozmaite postacie autotransplantatów i homotransplantatów.

Jeśli chodzi o stosunki anatomiczne szyjnego pnia współczulnego u królika (rycina 1)[1]) stwierdziliśmy, że górny zwój szyjny jest zwojem stale spotykanym o wymiarach niekiedy dość znacznych. Natomiast nie mogliśmy nigdy makroskopowo wykazać zwoju środkowego. Celem uzyskania dostępu do zwoju odpowiadającego zwojowi dolnemu lub gwiaździstemu, okazuje się korzystnem nacięcie stawu mostkowo-obojczykowego.

Co się tyczy zakresu unerwienia współczulnego przez górny zwój szyjny, należy na podstawie naszych badań zaznaczyć, że obejmuje ono odnośną połowę głowy sięgając ku dołowi mniej więcej do brzegu szczęki dolnej.

Rozszerzenie naczyń, występujące po usunięciu tego zwoju, utrzymuje się przez 19—27 dni, poczem ustępuje dość nagle. Najwyższe nasilenie rozszerzenia naczyń spostrzegamy w okresie pierwszych 4—5 dni, poczem następuje powolny spadek.

Wskazanem jest wykonywać transplantację dopiero w 2—3 dni po usunięciu zwoju z uwagi na obfity wysięk i limfotok w ciągu pierwszych kilku godzin po zabiegu.

Do transplantacji używano w naszych doświadczeniach wolnych i uszypułowanych przeszczepów skóry, płatków skórno-nabłonkowych i wstrzykiwań zawiesiny nabłonka w roztworze fizjologicznym .Wszystkie te doświadczenia z wyjątkiem płatów uszypułowanych wykonywano zarówno w formie autotransplantacji jak i homotransplantacji.

Obok doświadczeń nad przeszczepianiem prowadziliśmy również badania wpływu sympatektomji na komórki nabłonkowe własne i cudze, wprowadzane między dwie blaszki skórne małżowiny, tworząc w ten sposób rodzaj sztucznej hodowli tkanek w środowisku organicznem. Mogliśmy przy tej sposobności obserwować działanie zmienionego przez sympatektomję środowiska na wspomniane komórki.

Wolna autotransplantacja skóry jeśli chodzi o jej objawy kliniczne, daje w pierwszych dniach obrzęk łożyska i przeszczepu oraz obfity wysięk na brzegach transplantatu. Wynik końcowy: przeszczep dobrze ruchomy w stosunku do podłoża, nie różniący się pod żadnym względem od skóry zdrowej otaczającej.

Po stronie, gdzie zwoju nie usuwano, widzimy w początku nieliczne małe ogniska martwicze. Wysięk nieznaczny, przeszczep suchy i cienki. Wynik końcowy: przeszczep jest więcej atroficzny, pomarszczony i bardziej zrośnięty ze swą podstawą, otoczony na brzegach wyraźną tkanką keloidową.

Badanie drobnowidowe wykazuje po stronie sympatektomji w początkach silny odczyn hiperplastyczny w zakresie naskórka i wytwarzanie się tkanki łącznej. Po 24 dniach przerost nabłonka ciągle jeszcze silnie zaznaczony z obrazami żywej karjokinezy, przerost warstwy brodawkowej. Linja wszczepienia bardzo słabo utrzymana przez bujanie młodych naczyń.

Po stronie przeciwnej w tym samym czasie pojawiają się w niektórych partjach nacieki olbrzymiokomórkowe a po 24 dniach przeszczep jest wyraźnie jeszcze oddzielony od podłoża warstwą młodych naczyń. Bujanie tkanki łącznej (fibroblasty) o wiele słabsze niż po stronie sympatektomji.

Autotransplantaty skórno-nabłonkowe (Ollier-Thiersch). Po stronie sympatektomji sinica i obrzęk przeszczepów w pierwszych 2—3 dniach. Po 5—7 dniach sinica znika, występują natomiast małe wysepki martwicze. Po stronie nieoperowanej stwierdza się duże ubytki przeszczepów.

Badanie drobnowidowe po stronie sympatektomji wykazuje w 8-mym dniu silne złuszczanie się nabłonka, rozszerzenie i jędrność naczyń. Po stronie nieoperowanej wyraźne nacieki w całym przeszczepie wraz z obrazami rozpadu niektórych ele-

[1]) P. G. Lek. nr. 14. 1931.

mentów, zmiany martwicze w łożysku występują jeszcze dość wyraźnie.

Autotransplantacja skóry uszypułowanej. Nagół makroskopowo i drobnowidowo prawie identyczne obrazy jak przy wolnem przeszczepianiu. W jednym przypadku wytworzyła się torbiel nabłonkowa w przeszczepie po stronie sympatektomji (rycina 2)[2]).

Wolna homotransplantacja skóry. Wszystkie przypadki różnych postaci homotransplantacji dały wynik najzupełniej ujemny.

W ciągu trzech pierwszych dni wygląd homotransplantatów nie różni się w niczem od autotransplantatów, lecz już w 4—5 dniu występuje po stronie nieoperowanej bardzo wyraźna sucha martwica brzegów przeszczepu, która posuwa się dość gwałtownie ku środkowi. Po stronie sympatektomji natomiast występuje odrazu wilgotna martwica na całej powierzchni przeszczepu. Drobnowidowo już w 2—4 dni stwierdza się po obu stronach zwyrodnienie komórek nabłonkowych a później rozpad.

Homotransplantaty skórno-nabłonkowe (Ollier-Thiersch). Przeszczepy te wydzielają się w 2—3 dni później aniżeli analogiczne przeszczepy całej skóry. Drobnowidowo zwyrodnienie nabłonka jest wybitniejsze po stronie sympatektomji.

W ogólności gojenie się po homotransplantacji jest zawsze opóźnione i przebiega wolniej w porównaniu z ranami tych samych rozmiarów niepokrytych wogóle przeszczepem. Wydzielanie się homotransplantatów po stronie sympatektomji następuje o wiele rychlej.

Wstrzykiwania zawiesiny *autoepithelium*. Rana pokrywa się nabłonkiem przez regenerację wstrzykniętych komórek rozrodczych, co klinicznie znajduje swój wyraz w pojawianiu się małych wysepek nabłonkowych na powierzchni rany. Po stronie sympatektomji wzrost tych wysepek postępuje znacznie szybciej (rycina 3 i 4)[3]).

Wstrzykiwanie zawiesiny *homoepithelium* pozostaje zawsze bez pozytywnego wyniku i daje bardziej wyraźne zmiany w łożysku niż homotransplantacja całej skóry. Komórki nabłonkowe homotransplantatu ulegają martwicy i wydzieleniu się (rycina 5).

Hodowla *autoepithelium* i *homoepithelium* w środowisku organicznem. W zasadzie każda hodowla nabłonka ulega wydaleniu. Ustrój znosi lepiej *autoepithelium* albowiem komórki *homoepithelium* dają duże uszkodzenie wszystkich warstw ściany naczyń oraz tkanki łącznej i ulegają szybszemu wydzieleniu się (rycina 6).

Piśmiennictwo:

Algeave: Presse médicale, 23 lipiec 1917. — André: Contribution a l'étude des greffes cutanées. Thèse, Paris, 1920. — Aron i Dobrzaniecki: C. R. de la Société de biologie, t. CIV. str. 1323. — Ascher: Ztschr. f. Immunitätsforschung u. experim. Therapie. t. 44, 1925. — Bauer: Bruns'Beitr., t. 141, 1927, i Zentralbl. f. Chir., nr. 52, 1920. — Bonnefon: Journ. de Méd. de Bordeaux, 10 czerw. 1919. — Braun: Bruns'Beitr., t. 25, 1899. — Braun: Medizin. Klin., t. 20, 1924. — Braun: Arch. f. klin. Chir., t. 59, 1899. — Burkhardt: Deutsche Zeitschr. f. Chir., t. 79, 1905. — Carrel: Presse Méd., nr. 68, 1912. — Cotte i Dupasquier: Lyon Chirurg., str. 837, 1916. — Debat: Acad. de Médec., 24 lipiec 1917. — Delbet: Bull. de la Soc. de Chir., 6 czerw. 1911. — Dobrzaniecki: Polski Przegląd Chirurg., 1929. — Tenże. Ann. of Surg., listop. 1929. — Tenże: Polska Gazeta Lekarska. t. IV. nr. 21, 1925 i Zentralbl. f. Chir. Nr. 11. str. 698, 1926. — Tenże: Polska Gazeta Lekarska, nr. 50, 1927. — Tenże: Polska Gazeta Lekarska, nr. 34 i 35, 1925. — Tenże: Paris Chirurgical, nr. 5, 1926. — Tenże: Lyon Chirurgical, t. XXVII. Nr. 5. 1930. — Dobrzaniecki i Aron: C. R. de la Société de biologie, t. CIV, str. 1321, 1930. — Dordu: Hétéroplastie et autoplastie. — Książka jubileuszowa wydana ku uczczeniu Pr. Verhoogen. Bruksela, 1929. — Eden: Deutsche Med. Wschr., nr. 3, 1922. — Elański: Zentralbl. f. Chir., nr. 28, str. 1519, 1924. — Enderlen: D. Zeitschr. f. Chir., t. 45, 1897. — Faldini i Soto-Hall: Chirurgia degli Organi di Movimento, t. 12, zesz. 3, 1928. — Fasiani: Ann. Ital. di Chir., t. 1. zesz. 10—12, 1922. — Fischer: Zentralbl. f. Chir., nr. 20, str. 1262, 1929. — Fischer: Journ. of experim. Med., t. 34, 1921. — Gohrbandt: Arch. f. klin. Chir., t. 152, 1928. — Hacker: Zentralbl. f. Chir., nr. 15, 1918. — Henschen: Zentralbl. f. Chir. nr. 20, str. 1263, 1929. — Herman. Kilka wykładów o wolnem przeszczepianiu i o włączaniu w krążenie tkanek, gruczołów, narządów i kończyn. Lwów, 1914. — Hilarowicz: Polska Gazeta Lekarska, nr. 47, 1924, i Zentralbl. f. Chir. nr. 40. 1924. — Holman: Surg. Gyn. Obstetr., t. 38, 1924. — Jung: L'influence des opérations sympathiques sur l'évolution des plaies expérimentales en rapport avec les modifications du pH. Thèse. Strasbourg, 1928. — Katzenstein: Zentralbl. f. Chir., nr. 15, 1917. — Kubanyi: Arch. f. klin. Chir., t. 129, 1924. — Kubanyi i Jacob: Arch. f. klin. Chir., t. 144, 1927. — Lehmann i Tamman: Bruns'Beitr., t. 135, 1926. — Leriche: Presse Méd., nr. 79, 1924. — Leriche: Presse Médic., 27 paźdz. 1920. — Leriche i Fontaine: Bull. i Mém. de la Soc. de Chir. 28 kwiet. 1926. — Leriche i Fontaine: Presse Méd., nr. 71, 1926. — Leriche i Fontaine: Gaz. d. Hôp., 5 i 7 maj 1925. — Leriche i Fontaine: Presse Méd., 16 kwiet. 1927. — Leriche i Fontaine: Presse Méd., nr. 63, 1927. — Leriche i Fontaine: Bull. Soc. Médec. Bas-Rhin, kwiet. 1928, nr. 4, str. 49. — Leriche i Haour: Presse Méd., 26 paźdz. 1921. — Lexer: Die freien Transplantationen. Stuttgart, 1919. — Lexer: Arch. f. klin. Chir., t. 95, 1911. — Locatelli: C. R. Soc. Biol., 20 maj 1926. — Ljunggren: Deutsche Zeitschr. f. Chir., t. 47, 1898. — Mangoldt: Deutsche Med. Wochenschr., nr. 48, 1905. — Mangoldt: Arch. f. klin. Chir., t. 69, 1902. — Mauclaire: Les greffes chirurgicales. Paris 1922, wyd. Bailliers. — Mauclaire: Gaz. d. Hôp., 20 marca 1920. — Mauclaire: Presse Méd., nr. 66, 1919. — Morpurgo. Reale Academ. dei Lincei, t. 6, str. 73, 1890. — Nové-Josserand: Journ. d'Urologie, 1914. — Oshima: Arch. f. klin. Chir., t. 103, 1914. — Palma: Annal. ital. di Chirurg., t. 4, zesz. 1—2. — Perthes: Zentralbl. f. Chir., nr. 20, 1917. — Placintianu: Arch. f. klin. Chir., t. 128, 1924. — Reschke: Die autoplastische und homoplastische Transplantation. Dissert. Berlin, 1913, wyd. Ebering. — Reschke: Zentralbl. f. Chir., nr. 21, 1922, i Arch. f. klin. Chir., t. 121, str. 232, 1922. — Schoenbauer i Whitaker: Mitt. a. d. Grenzgebieten der Med. u. Chir., t. 38, 1925. — Schöne: Bruns'Beitr., t. 61, 1909. — Schöne: Münch. Med. Wochenschr., nr. 9, 1912. — Schöne: Die heteroplastische und homöoplastische Transplantation. Berlin, 1912, wyd. Springer. — Schotte: Système nerveux et regénération chez le triton. Thèse, nr. 764, Genève, 1925. — Simon: Soc. de Biol. de Strasb., luty 1930. — Stabel: Zentralbl. f. Chir., nr. 20. str. 1263, 1929. — Tamman i Patrikalakis: Bruns'Beitr., t. 139, 1927. — Thiersch: Arch. f. klin. Chir., t. 17, 1874. — Tinozzi i Heim: Annal. Ital. di Chir., t. 6, zesz. 10, 1927. — Ufreduzzi: La chirurgia del simpatico perivasale. Archivio et atti d. Soc. ital. di chirurgia, 30° congres, 26—29 paźdz. 1924, Milano. — Wentscher: Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allgem. Pathol., t. 24, 1898. — Wentscher: Deutsche Zeitschr. f. Chir., t. 70, 1903. — Williams: Journ. Amer. Med. Ass., t. 83, nr. 3, 1924. — Williams: Arch. of Surg., t. 16, nr. 4, 1928.

[2]) P. G. L. Nr. 15. 1931.

[3]) P. G. Lek. Nr. 15. 1931.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA

Dr. Z. LESZCZYŃSKI, dyr. szpitala. Lubaczów.

Uwagi o schorzeniach chirurgicznych jamy brzusznej.

Diagnostyka schorzeń chirurgicznych jamy brzusznej jest niekiedy trudną dla chirurga; tembardziej dziwić się też należy, gdy lekarz niewyszkolony chirurgicznie bawi się w leczenie chorób, których rozpoznania nie jest pewny a przebieg choroby wskazuje, że należy chorego skierować do specjalisty. W przeciwnym razie lekarz sobie nie pomaga, a szkodzi i swej opinji i choremu, który, widząc pogorszenie, zwraca się do chirurga.

Dla przykładu przytaczam kilka przypadków:

L. p. 174/24. M. Z. lat 39. Chory od tygodnia z zaparciem stolca, wiatrów i napadowemi bólami; lekarz wezwany 3. dnia rozpoznał zapalenie wyrostka robaczkowego i przepisał leczenie. Operacja wykazała zupełną zgorzel z rozpadem pętli jelita cienkiego na tle zadzierzgnięcia na prawym talerzu biodrowym; odpętlenie bardzo trudne, wycięcie jelita. Chory zmarł na zapalenie otrzewnej.

L. p. 290/28. M. K. lat 17. Chory od 2 dni z zaparciem stolca, wiatrów i bólami; przysłany z rozpoznaniem zapalenia wyrostka robaczkowego. Laparotomja stwierdza zadzierzgnięcie jelita krętego spowodowane zapalnie zmienionym uchyłkiem Meckela. Wycięcie jelita. Wyleczony.

L. p. 366/30. M. M. lat 27. Chory od tygodnia ma bóle napadowe brzucha z śluzowatemi wypróżnieniami. Lekarz badał go 2. dnia i przepisał leczenie; po tygodniu wysłany do szpitala. Guz z wgłobienia w kącie wątrobowym. Otwarcie brzucha, odgłowienie utrudnione. Wyleczony.

Z praktyki prywatnej. W. N. lat 36. Chory 3 dni. Początek choroby nagły z silnym bólem w nadbrzuszu i brzuchem wciągniętym. Wywiady typowe dla wrzodu żołądka. Zgłasza się u lekarza w kilka godzin; ordynacja wewnętrzna, wstrzyknięcie morfiny. Obraz ogólnego zapalenia otrzewnej z porażeniem jelit, lichem tętnem. Nieoperowany.

Przytoczyłem uderzające przypadki. Jakkolwiek mylne rozpoznanie można po części wytłumaczyć, jednak nie da się usprawiedliwić leczenia objawowego przypadków chirurgicznych, które niekiedy kończą się fatalnie. Na kogo spada odpowiedzialność? Nie może mieć pretensji kolega, gdy chirurg na usprawiedliwienie złego wyniku powie, że chory zapóźno się zgłosił do operacji.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

WĘGRZYNOWSKI L. Lwów.

Działalność przeciwgruźlicza Norwegii.

Królestwo Norwegji, którego powierzchnia wynosi 323.793 km², a mieszkańców miało w roku 1928 2,810.592, podzielone jest na 20 departamentów, z tego 2 miejskie Oslo i Bergen, a 18 wiejskich, które to ostatnie dzielą się na 675 gmin. Gminy zależnie od położenia i zaludnienia łączą się w sekcje sanitarne (jest ich 388) na czele których stoi lekarz. Na 350 lekarzy sanitarnych sekcyj wiejskich i 32 lekarzy miejskich jest 2 lekarzy rezerwowych bez stałego miejsca zamieszkania (Lekarz sanitarny miejski jest zarazem przewodniczącym miejskiej komisji sanitarnej). Na czele służby sanitarnej departamentu stoi dyrektor lekarz. Ilość lekarzy w roku 1900 wynosiła 980 z tego po wsiach ledwie 426, w 1928 podnosi się ilość lekarzy w Norwegji do 1.586 z tego po wsiach 739. W roku 1900 na 10.000 mieszkańców przypadało 4.37 lekarzy, w roku zaś 1928 podnosi się stosunek ten na 5.64.

Kiedy gruźlica zjawiła się w Norwegji trudno na podstawie urzędowej stwierdzić, pierwsze wiadomości oficjalne znajdujemy na początku zeszłego stulecia. Statystyczne dane pojawiają się w połowie stulecia. Wedle tych danych urzędowych wydaje się iż gruźlica była w połowie zeszłego stulecia znacznie mniej rozpowszechnioną niż obecnie, w drugiej połowie następuje silne wzmożenie zachorowań na gruźlicę, od początku zaś obecnego stulecia znajdujemy szybki spadek śmiertelności.

Chociaż liczni znamienici lekarze norwescy, już od połowy zeszłego stulecia uznawali zakaźność gruźlicy, to jednak tak jak zresztą i gdzieindziej rok 1882 to jest rok odkrycia zarazka przez Roberta Kocha stał się punktem zwrotnym. To odkrycie dało możność lekarzom tego kraju, na których czele stali wówczas ludzie tej miary jak Holmboe i Klaus Hanssen, rzucenia podwalin pod obecną akcję przeciwgruźliczą, przez opracowanie i przeprowadzenie przez *Storting* (parlament) w roku 1900 prawa przeciwgruźliczego. Storting, departamenty i niektóre gminy wstawiają w budżety znaczne sumy na tworzenie sanatorjów ludowych, nadmorskich szpitali i domów dla gruźliczych. Do tej akcji urzędowej dołączają się zorganizowany w latach 1865 „Czerwony Krzyż", w 1896 „Stowarzyszenie higjeny kobiet norweskich" i w 1900 „T-wo przeciwgruźlicze".

W roku 1921 uchwala Parlament dla Norwegji niezwykle ważne i doniosłe w skutkach prawo ubezpieczenia od choroby, z którego dziś korzysta 50% ludności kraju. Ta „kasa chorych" daje prawo tak pracownikowi jak jego rodzinie do świadczeń dla gruźliczych przez 39 tygodni.

Jak państwo dba o ruch przeciwgruźliczy świadczy, iż od 1912 oddaje ono znaczną część dochodów loterji państwowej wyżej wymienionym 3 organizacjom prowadzącym akcję przeciwgruźliczą. W roku 1914 widzimy dalszy etap tej akcji w utworzeniu urzędu inspektora generalnego do walki z gruźlicą, funkcjonującego jako doradca fachowy naczelnego dyrektora służby zdrowia. Od roku 1920 istnieje specjalne rozporządzenie badania rekrutów przy poborze. Lekarze badający mają prawo użyć wszelkich środków, które uważają za potrzebne, dla stwierdzenia rozpoznania gruźlicy. Żołnierz, u którego stwierdza się początki sprawy gruźlicy, jest natychmiast zwalniany i leczony przez 6 miesięcy a nawet dłużej. W tym też roku zaczyna się ujawniać ruch poradniarski wedle wzoru zagranicy, zaczyna się ruch ochrony dziecka, tworzenie kolonij, prewentorjów, stacyj rozdawnictwa mleka i tranu. Od roku 1924 z inicjatywy Związku przeciwgruźliczego zaczyna się systematyczne badanie dzieci szkolnych.

Z chwilą gdy prawo przeciwgruźlicze zaczęło w Norwegji obowiązywać nie było tam domów izolacyjnych dla gruźliczych tak, iż musiano chorych oddawać do szpitali ogólnych. Główną bowiem cechą prawa przeciwgruźliczego, jest prawo przymusowego izolowania chorego na gruźlicę, niebezpieczną dla otoczenia w razie uznania lekarza urzędowego. Już jednak od roku 1903 utworzono pierwszy dom dla rekonwalescentów z fundacji „ligi kobiet" w okolicy Oslo, wkrótce zaczęły tak fundacje prywatne jak i departamenty, oraz gminy, domy takie tworzyć. Powoli te domy, tak zwane domy rekonwalescentów, są coraz lepiej zaopatrzone we wszystkie potrzebne aparaty i środki leczenia. Z końcem roku 1929 mamy w Norwegji 113 takich domów z 2.611 łóżkami i 25 oddziałów szpitalnych dla gruźliczych z 711 łóżkami. Dzięki wygaśnięciu trądu, szpital dla trędowatych w Reknes w roku 1895 zamienia się na sanatorjum gruźlicze na 72 łóżka i tem zapoczątkowano tworzenie sanatorjów. Już w następnym roku pustoszeje szpital trędowatych w St. Jorgen, którą to fundację zamienia się znowu na sanatorjum przeciwgruźlicze. *Storting* wkrótce uchwala tworzenie nowych 4 sanatorjów, z których jedno w Venemoen położone jest w obrębie koła podbiegunowego. Sanatorja rządowe rozporządzają 750 łóżkami. Cena leczenia w tych sanatorjach wynosi 2 korony (4.80 zł) dla dorosłego i 1.50 dla dzieci resztę t. j. 3 korony dziennie dopłaca rząd. Dziś Norwegja posiada 1.350 łóżek sanatoryjnych t. j. jedno łóżko na 2.000 mieszkańców. W roku 1928 było 4.387 wypadków śmierci z powodu gruźlicy, z tego 3.492 na gruźlicę płuc t. j. 0.39 wypadków śmierci na łóżko sanatoryjne, wraz z domami izolacyjnemi wypada 1.13 na łóżko, z łóżkami zaś oddziałów szpitalnych 1.34 na łóżko.

Osobnym działem pracy są prewentorja, w roku 1911 otwiera liga pierwszą szkołę na otwartem powietrzu.

Obecnie istnieje 28 prewentorjów na 900 osób, jedno jest państwowe, reszta z funduszów prywatnych.

Bardzo ciekawą i pouczającą rzeczą jest dział pracy zarobkowej, względnie przekształcania zawodowego, które wchodzi w program leczenia sanatoryjnego. W większości sanatorjów istnieją już potworzone warsztaty pracy, pod ścisłym nadzorem lekarskim. Niema jeszcze pod tym względem jednolitego sposobu postępowania, w jednych sanatorjach ilość pracujących chorych wynosi 55% — 48%, w innych dochodzi ledwie do 10%. Stowarzyszenia kobiet norweskich i T-wo przeciwgruźlicze subwencjonuje zakładanie warsztatów pracy, opłaca instruktorki i instruktorów, którzy dają kursa 4—6 tygodniowe w różnych sanatorjach i domach dla gruźliczych. Praca jest płatną tak n. p. w Glitre oddział pracy ma miejsce na 30 mężczyzn, a koszta ich utrzymania wynoszą ledwie 1.20 kor. dziennie. Norwedzy zaczynają obecnie tworzyć mieszkania dla samotnych, a nawet całych rodzin, chcących i mogących pracować w całym szeregu miast n. p. w Bergen, Teneberg i kilku innych powstają domy gdzie rodziny chorych na gruźlicę mogą, za tanie pieniądze otrzymać odpowiednio urządzone mieszkanie. Pod tym względem najwięcej uzyskało T-wo przeciwgruźlicze w Oslo, gdzie zapadła uchwała oddająca 10% mieszkań 2 izbowych już wybudowanych lub mających być wybudowanemi kosztem miasta dla rodzin gruźliczych. T-wo higjeniczne kobiece wybudowało 10 domów składających się z 2 izb i kuchni, ze spiżarni i werandy i oddaje je do użytku rodzin chorych na gruźlicę. Jak wielką wagę przykłada *Storting* do tej akcji, o tem świadczy to, iż udziela on rocznie stałej subwencji w wysokości 50.000 koron na ten cel. W akcji przeciwgruźliczej biorą żywy udział wyżej wymienione trzy towarzystwa: i tak najstarszy z nich Czerwony Krzyż posiada 908 zarejestrowanych pielęgniarek z których 514 jest czynnych w służbie przeciwgruźliczej, towarzystwo to posiada 5 klinik i sanatorjów, 11 oddziałów gdzie przyjmują chorych na gruźlicę, 2 domy dla gruźliczych. Liga higjeny kobiet z 975 pielęgniarkami z których 784 jest czynnych, posiada 24 domy dla gruźliczych, 11 prewentorjów, 5 szkół na wolnem powietrzu 2 instytuty heljoterapeutyczne, jedno sanatorjum ludowe, 1 sanatorjum dziecięce, 5 domów z 15 mieszkaniami dla rodzin gruźliczych, 11 domów dla chorych, 10 domów dla rodzin zagrożonych, szereg ośrodków rozdawnictwa mleka i tranu, kolonij wakacyjnych i kąpieli ludowych. Z samej loterji Państwowej otrzymała Liga 2,243.907 kor.

Towarzystwo Przeciwgruźlicze założone, jak już wspominałem, w roku 1910 zajęło się przedewszystkiem propagandą, wydało liczne broszury, urządziło wystawę, wydało afisze propagandowe i ulotki. Przeprowadziło rozporządzenie w sprawie corocznych wykładów w szkołach o gruźlicy, zainicjowało i wykształciło szereg poradniarek z których 375 jest dzisiaj czynnych. Pierwsze poradnie powstają w roku 1920, w roku 1924 przedstawiło Towarzystwo parlamentowi projekt prawa mocą którego ma władza poddać urzędowemu badaniu rok rocznie całą młodzież szkolną. Ze względów finansowych, prawo to nie zostało uchwalone, jednakże gminy przeprowadzają badania własnym kosztem. Ostatnio parlament oddaje Związkowi Przeciwgruźliczemu dochody z monopolu winnego. Związek otrzymuje również znaczne fundusze z dochodów loterji państwowej. Związek ten utrzymuje 37 domów dla gruźliczych, 14 prewentorjów, 3 szpitale nadmorskie, 1 dom dla chorych złozowych, 8 domów mieszkalnych dla rodzin i 2 domy rekonwalescentów, — na ten cel wydano dotad 2 i pół milj. koron.

Znaczne źródła dochodów czerpie ruch przeciwgruźliczy z wcielenia w życie pomysłów dyrektora poczty duńskiej Holbolla „znaczka Bożego Narodzenia" i Szwedki pani Hallberg „kwiatka majowego".

Z 3-ch tylko źródeł tj. ze znaczków, które dały 1,040.000 koron, z kwiatka 3.216.000 koron i loterji państwowej 1.960.000 koron wydało T-wo razem 6,216.000 w ciągu swojego istnienia t. j. 20 lat. Od roku 1929 poczta oddaje dochody z tak zwanych artystycznych telegramów również Związkowi.

Jak żywą jest działalność dalej n. p. miasta Oslo, na to przytoczę cyfry wydatków na przychodnię i poradnię przeciwgruźliczą. Miasto Oslo (251.412 mieszkańców) wydaje w 1915 roku 1.500 koron, w roku 1920 już 158.700, a w 1929 419.841.

W roku 1926 zcentralizowano akcję poradniarską przez utworzenie reprezentacji z wyżej wymienionych trzech towarzystw pod przewodnictwem Inspektora generalnego rządowego. Komitet jest pośrednikiem między państwem a poradniami, on rozdziela subwencje rządowe. Komitet stara się obecnie założyć w każdym rejonie sanitarnym a jest ich 388, jedną poradnię.

Do rozporządzenia komitetu daje parlament rocznie 40.000 koron, do tej sumy dochodzą rocznie: dochód z monopolu winnego wynoszący w 1929 2,800.000 koron. Sumy te rozdziela komitet proporcjonalnie do ilości mieszkańców.

Ogólny budżet ruchu przeciwgruźliczego wynosi obecnie rocznie:

Dotacje państwowe	3,100.000
dochód z loterji	300.000
monopol winny	2,100.000
departamenty i miasta	2,100.000
T-wa ubezpieczeń	120.000
Znaczki, kwiatek	3 000.000
Razem +	10.000.000 t. j. 3—4 kor. na mieszk.

W końcu efekt tej pracy: śmiertelność na 10.000 mieszkańców:

	Ogólna z gruźlicy	Gruźlica płuc	Ogólna
W latach 1867—70	24.4	20.4	175.3
W latach 1896—1900	31.0	23.4	157.1
W latach 1928	15.6	12.5	108.1

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Pasteur Vallery — Radot et Ulle V. Heimann. *Hypersensibilités spécifiques dans les affections cutanées*. Paryż. Masson. 1930. Str. 146.

We wstępie monografji o swoistych przeczulicach autorowie przytaczają dane, wynikające z doświadczeń na zwierzętach. Zagadnienie przeczulicy nie jest stare, gdyż dopiero w roku 1902 Richet, a po nim Arthus ujęli dokładnie zjawisko anafilaksji, mimo, że już dawniej były znane szkody, wywołane u zwierząt drugą dawką wstrzykniętej surowicy. Z czasem przekonano się, że nietylko surowice, ale wszystkie ciała białkowe, obce danemu ustrojowi mogą wywołać to zjawisko. Z dziedziny doświadczalnej przechodzą autorowie do strony klinicznej i stwierdzają, że niebawem (1906) zaczęto tłumaczyć tem zjawiskiem takie schorzenia, jak astma, gorączka sienna i pokrzywka. Próbą naskórną udowodniono istnienie miejscowej przeczulicy. Widal i jego szkoła wprowadzili pojęcie *„crise hemoclasique"*, a później *„crise colloidoclasique"* i zrównali je z objawami anafilaksji doświadczalnej. Zachodzi jednak różnica w przeczulicy zwierzęcia i u człowieka, gdy bowiem u pierwszego anafilaksja występuje po krótkim czasie, u człowieka trzeba na to nieraz lat ciągłego stykania się z antygenem. Dlaczego wogóle dochodzi do przeczulicy u pewnych osobników, autorowie nie dają odpowiedzi; uważają jeno, że w ustroju krąży substancja może natury chemicznej, która łącząc się z antygenem wytwarza przeciwciała. Idiosynkrazja jest następstwem bezpośredniego zetknięcia się ustroju z antygenem i równoczesnem wystąpieniem objawów chorobowych. Słusznie autorowie podnoszą, że właściwie niema różnicy między anafilaksją a idjosynkrazja, gdyż może tu chodzić o dłuższe, pośrednie nawet płodowe stykanie się z ciałami, pokrewnemi substancji, która wywołała zaburzenia z przeczulicy.

W dalszym ciągu autorowie omawiają istotę wstrząsu koloido-klazycznego, który stale poprzedza objawy „wstrząsu" skórnego, a to dzięki zachwianiu równowagi koloidów w osoczu. Wstrząs ten występuje jedynie u osobników z t. zw. „skazą koloido-klazyczną. W tym razie skaza jest tak silna, że wystarczy dostanie się do krwi znikomej ilości obcego białka lub krystaloidów, wysiłku fizycznego lub psychicznego, by doszło do wstrząsu. Podłoże jej może być 1) dziedziczne i to bezpośrednie lub pośrednie, rodzinne; 2) w następstwie zaburzeń w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu lub układzie wegetacyjnym; 3) z niedomogi wątroby lub 4) z zakażenia. Z pośród innych czynników mogą odgrywać pewną rolę: zaczyny trawienne i zaburzenia równowagi kwaso-zasadowej.

W rozdziale o sposobach poznania przeczulicy w zaburzeniach skórnych autorowie dokładnie omawiają — wartość i technikę odczynów skórnych i śródskórnych oraz sposób przyrządzania wyciągów białkowych. Z innych badań biologicznych omawiają wartość wstrząsu hemoklazycznego, stratów *in vitro*, eozynofilji we krwi oraz próbę anafilaksji leczonej u zwierzęcia i u człowieka.

W II-iej części V.-R. i H. przechodzą do omówienia szeregu dermatoz z przeczulicy, zgóry jednak zastrzegają się, że przyjmują podział ich gwoli „wygody opisu".

W grupie pokrzywki autorowie dają opis całej skali czynników które mogą dawać przyczynę do powstawania objawów skórnych. Wymieniają tu przeczulicę na tle białka zwierzęcego, przetworów roślinnych, nadto ziarna białego, soli, musztardy, w środkach leczniczych surowicy, transfuzji krwi, z ukłucia owadów, wreszcie z robaczycy. Autorowie podkreślają, że ilość czynników wywołujących pokrzywkę nie jest ograniczona, znajomość ich rośnie z dnia na dzień, a potwierdzenie tego ustala dodatni odczyn skórny i swoiste odczulanie.

Obrzęk Quinkego wydzielają autorowie z grupy pokrzywki i uważają jako jednostkę zależną od przeczulicy pokarmowej już to polekowej już to gruczoło-wkrewnej.

W rozdziale o sztucznych zapaleniach skóry V. — R. i H. omawiają je z punktu patogenezy nie zaś postaci schorzeń skórnych. Rozdział objętościowo największy zawiera zbiór nagół rzadkich przykładów nietolerancji lekowej, występującej po jednorazowem lub długotrwałem (robotnicy) stykaniu się ze środkami chemicznemi lub w następstwie użycia wewnętrznego. Przeczulica lekowa może dawać — po znikomej ilości czynnika drażniącego — całą skalę zmian skórnych, którym towarzyszą nieraz ogólne objawy wstrząsu koloidoklazycznego. Z najczęstszych środków autorowie wymieniają: antipirynę, aspirynę i chininę. Nietolerancja może być czasem grupowa t .j. na 3 wymienione środki, mimo, że skład ich chemiczny jest różny. Dalej wyliczają pyramidon, jod, brom, emetynę, fenolftaleinę, weronal, arsenobenzol, bizmut, sublimat, insulinę i t. p. Autorowie słusznie podkreślają trudność rozstrzygnięcia, kiedy można mówić o przeczulicy a kiedy o stanach z zatrucia. Z kolei V. — R. i H. omawiają pokrótce zapalenia skóry w następstwie przeczulenia proteinami roślinnemi i zwierzęcemi.

W osobnym rozdziale V. — R. i H. omawiają wyprysk (eczema). Zdaniem ich wyprysk wywołują czynniki wewnętrzne, uczulające na drodze oddechowej lub pokarmowej przez zetknięcie z proteinami lub krystaloidami, do powstania wyprysku dochodzi wtedy na drodze krwionośnej. Czynnik uczulający zewnętrzny wywołuje sam bezpośrednio odczyn w skórze. Zdaniem autorów nie można stawiać granicy między wypryskiem pochodzenia zewnętrznego i wewnętrznego, gdyż bez względu na bramę wejścia antygenu, odczyny humoralne są te same i prowadzą stale do zmian wypryskowych. V. — R. i H. zwracają uwagę na wspólne tło wyprysku i astmy, które nieraz występują naprzemian. Wyprysk może powstać na tle przeczulicy proteinami bakteryjnemi, zwierzęcemi i roślinnemi, arsenobenzolem i t. p. Zdaniem ich dodatni odczyn skórny na antygen nie jest stale wiarygodnym sprawdzianem, że właśnie on jest przyczyną objawów skórnych, gdyż skóra może oddziaływać na szereg środków. Jednakże próby biernego przeniesienia przeczulicy potwierdzają, że wyprysk należy do pochodzących z anafilaksji. Przemawiają również za tem próby swoistego odczulenia przez wprowadzanie stopniowo wzrastających dawek antygenu.

Podobnie jak poprzednie schorzenia zaliczają autorowie swędzenie i grupę świerzbiączek *(prurigo)* do zmian z przeczulicy, wywołanej pokarmami jak mięso, jaja, mleko, ryby, masła, chleb i t. p. W przypadkach tego rodzaju przeczulicy odczyn skórny bywa dodatni na swoisty antygen. Usunięcie szkodliwego czynnika powoduje zazwyczaj ustąpienie zmian skórnych.

Nakoniec autorowie odrzucają zaliczanie do dermatoz z przeczulicą takie jednostki chorobowe jak *„dermatitis polym. Dahring, impetigo herpetif. gravidarum* i t. p.". Zdaniem ich ani eozynofilja we krwi, ani leczenie własną krwią — ani sposobem przeciwwstrząsu nie upoważnia do wspomnianej klasyfikacji, gdyż równocześnie odgrywają dużą rolę w chorobach zakaźnych.

Rozdział o „leczeniu" przeczulicy skóry obejmuje dwa działy. Pierwszy omawia leczenie, jeżeli znana jest przyczyna, a polega na usunięciu bodźca drażniącego lub na sposobie odczulenia swoi-

stego. Drugi dział obejmuje leczenie przeciwwstrząsowe, kiedy nie znamy przyczyny wstrząsu.

Ze sposobów odczulenia V. — R. i H. podają: 1) skeptofilaksję przez wstrzyknięcie, 2) skeptofilaksję *per os* a) małą ilością antygenu, b) dawkami wzrastającemi, 3) odczulenie w drodze a) podskórnego stosowania, b) naskórnego. Odczulenie musi być prowadzone metodycznie przez szereg tygodni a nawet miesięcy. W razie przerwy leczenia wstrząsy wracają i dlatego autorowie nie mówią o zupełnem odczuleniu, ale o związaniu i stłumieniu antygenu przez przeciwciała, stąd nie dochodzi do objawów ogólnych. W przypadkach przeczulicy o przyczynie nieznanej podają — pepton lub jeżeli przyczyna leży poza przewodem pokarmowym wstrzykują proteiny lub krystaloidy. Poza tymi ogólnie znanemi sposobami leczenia autorowie podają środki wpływające na układ nerwowy wegetacyjny lub zwierzęcy i t. p.

* * *

Praca zajmująca się zagadnieniem żywotnem i pełnem niewiadomych jest napisana ze swadą i prostotą, właściwą Francuzom. Czyta się ją niemal jednym tchem. Na poparcie danego poglądu autorowie chętnie posługują się szeregiem dobranych przykładów już to zaczerpniętych z piśmiennictwa, już to ze spostrzeżeń własnych. Monografja o przeczulicach skórnych ma wybitny charakter dydaktyczny. Trudno tedy czynić uwagi w związku z układem dermatoz. Można jedynie ubocznie nadmienić, że podział ich jest nieistotny. Rozpatrując bowiem różne postacie zmian skórnych na tle przeczulicy, wywołanej tym samym bodźcem, może — wychodząc z punktu patogenezy — należałoby je ująć raczej nie jako osobne jednostki postaciowe, ale jako nasilenie odczynu skórnego. Jeżeli zaś objawy skórne grupują się w jednostki chorobowe, to trudno pogodzić się dermatologowi z podziałem, przedstawionym przez autorów. Zwłaszcza rozdział o „wyprysku" podobnie jak o „zapaleniu sztucznem skóry" musi budzić niejakie zastrzeżenie. W tym razie powoływanie się na patogenezę nie tłumaczy autorów, dlaczego rozbijają zmiany wypryskowate na „wyprysk" i „zapalenie skóry", kiedy znają czynnik zewnętrznego lub wewnętrznego pochodzenia, wywołujący przeczulicę skóry.

Dr. St. Ostrowski (Lwów).

L. Génevois: *Metabolisme et fonctions des cellules.* Paris. Masson. 1931. Str. VII. — 118. Cena 26 fr. fr.

Ze splotu licznych reakcyj chemicznych, przebiegających w żywym ustroju dadzą wydzielić się pewne reakcje, które są źródłem energji charakteryzującej przemianę żywej komórki. Należą do nich oddechanie oraz fermentacje węglowodanowe (alkoholowa i kwaso-mlekowa). Świat bakteryj posługuje się dla celów energetycznych licznemi innemi reakcjami, jak utlenianie siarki, redukcja azotanów, hydroliza mocznika i wiele innych, lecz poza bakterjami cały prawie świat zwierzęcy i roślinny opiera swą energetyczną gospodarkę na oddechaniu i fermentacji węglowodanowej. Te dwie grupy odczynów są też przedmiotem szkicu Génevois. Zadaniem autora było zestawienie wyników najwybitniejszych prac, wykonanych w tej dziedzinie i stworzenie pewnego poglądu, któryby zawiłe przemiany energetyczne świata roślinnego i zwierzęcego mógł sprowadzić do wspólnego mianownika. Tą drogą chciał autor ułatwić zaznajomienie się z dokonanemi zdobyczami tym wszystkim, którzy nie mogą korzystać z oryginalnych, rozsypanych po wielu czasopismach i nieraz trudno dostępnych prac.

Książka jest „szkicem fizjologji reakcyj wytwarzających energję w żywej komórce" i nie nadaje się do streszczenia nawet obszernego.

Chętnie przeczyta ją fizjolog, któremu ułatwi uporządkowanie znanych faktów. Dużą korzyść odniesie lekarz, który czytając tę książkę będzie mógł zapoznać się z istotą procesów chemicznych, których wyrazem jest to, co określa się nazwą „przemiana energji".

W. Mozołowski (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Wiadomości Kas chorych, rok II, nr. 5, z 1 marca 1931: Obrady nad budżetem M. P. i O. S. w Komisji budżetowej Sejmu. — Dział urzędowy. — Z zagadnień organizacyjnych Kas chorych. — Ubezpieczenia społeczne zagranicą. — Bilanse i rachunki działalności za rok 1929. — Kasa chorych m. Lwowa. — Z życia Kas chorych. — Walka z reumatyzmem.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVIII, nr. 13, z 29 marca 1931: I. Muszyński: Leki wstrętne. — Sprawy zawodowe. — W. Sokolewicz: Farmaceuci w powstaniu 1863 r.

Dziecko i matka, nr. 6, z r. 1931: I. Pisarczykówna: Dziecinne święcone. — M. Kłosińska: Wartość odżywcza tranu. F. Łuniewska: Werandowanie. — H. Niemczycka: Krzywica.

Przegląd weterynaryjny, rok XLIV, nr. 3, z marca 1931: T. Moraw: Obustronne porażenie mięśnia zębatego u krowy. — L. Dobiasz: Działanie zabiegów operacyjnych przy wwinięciu powiek. — St. Mglej: Ciśnienie krwi u koni zdrowych i chorych i jego znaczenie kliniczne. — F. Schwarz: Złamanie pękniętego golenia u konia po przebyciu 70 km. — M. Grabowiecki i P. Pacześniowski: Ciało obce w przełyku psa. — B. Natorski: Do artykułu „Nowy rodzaj cięcia przy kastracji".

Wiadomości lekarskie, rok IV, nr. 3, z marca 1931: M. Blassberg: Drobne objawy dokrewno-gruczołowe w codziennej praktyce lekarskiej.

Nowiny lekarskie, rok XLIII, nr. 7, z 1 kwietnia 1931: N. Bernhardt: Grzybica naskórkowa Unny i jej łączność z łuszczycą pospolitą. — S. Borowiecki: Sugestja jako stan czynny. — A. Rytel: Etjologja schorzeń stawowych (dok.).

Przemysł chemiczny, nr. 6, z marca 1931: F. Grossman: Wyrób, zalety oraz zastosowanie spłonek azotkowych. — L. Wasilewski i M. Maczyński: Próby zastosowania nowej metody laboratoryjnego badania mieszanek kamienia, asfaltu i smoły. E. Dawidson: Zagadnienia fabrykacji olejów smarowych w Z. S. S. R. w świetle sowieckiej pracy naftowej.

Medycyna praktyczna, rok V, nr. 3, z r. 1931: L. Podkomorski: Dwa przypadki choroby Fox-Fordyce'a. — St. Okoniewski: Leczenie nadmiernego uwłosienia (Hypertrichosis). — M. Peker: O stosowaniu Phenniny w schorzeniach gośćcowych.

Młoda Matka, nr. 7, z r. 1931: P. Baumryter: Wiosna a krzywica. — Z. Glińska: Krzywica a odżywianie. — I. Śmiarowska: O kąpielach leczniczych. — Z higjeny macierzyństwa. — T. Lewenfiszowa: O surowych sokach. — Z. A. Borowska: Macierzyństwo.

Polska stomatologja, rok IX, nr. 2, za marzec—kwiecień 1931: A. Cieszyński: O zakażeniu ropnem, ropowicach szczękowych i ich leczeniu (c. d.). — T. Karnibad: O powołaniu lekarza-dentysty. — M. Jankowski. Sprawozdanie z Kongresu włoskiego stomatologów w Wenecji (dok.).

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VIII, nr. 13, z 26 marca 1931: I. Mackiewicz: Henryk Higier (Próba szkicu biograficznego). — Z. Bychowski: 40 lat neurologii polskiej (1890—1930) przy współudziale Dra H. Higiera. — Wł. Sterling: Zespół rodzinny rdzeniowo-myopatyczny. — F. Gleichgewicht: Znaczenie kliniczne bębnicy (Streszcz. pogl.). — B. Glass: Z zagadnień szpitalnictwa przeciwgruźliczego. Smutne zjawisko.

Wychowanie fizyczne, rok XII, nr. 4, z kwietnia 1931: E. Reicherówna: O oddychaniu i o działaniu ćwiczeń cielesnych na oddychanie (c. d.). — Kl. Sokal: Walka z alkoholizmem a szkoła (c. d.). — W. Sikorski: P. O. S. a zawody międzyszkolne. — A. Pigoniówna: Zasób materjału ćwiczebnego w formie zabawy dla młodzieży od 10—14 lat. — O. Żawrocki: Wstępne czynności przy organizowaniu wycieczek i obozów.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo słowiańskie.

Liječnički Vjesnik.

1930, Nr. 9, Zagreb.

Numer poświęcony jubileuszowi Dr. Antuna Gottlieba.

V. Savić: *Kolapsoterapja gruźlicy płuc.*

M. Grossmann: *Rozpoznawanie zupełnego zrostu osierdzia.*

M. Neumann: *Obraz rentgenologiczny.*

J. Killmann: *Dwa przypadki niezwykłego przebiegu art. subclavia dextra.*

J. Sanjek: *Przyczynek do torsio testis.*

E. Grospić: *Artroplastyka kolana.*

A. Medanić: *Zagadnienie narkozy.*

A. Horvat: *Zachowawcze leczenie przerostu prostaty.*

S. Nikolić: *Niektóre sposoby chirurgicznego leczenia wrzodu żołądka i dwunastnicy.*

B. Vitauš *Chirurgiczne schorzenia nerek* (Zagrzeb, 1922-29).

B. Lavrić: *Przyczynek do rozpoznania i leczenia bąblowca płuc.*

B. Šlajmer: *Prostatektomje na chir. oddz.* Zagrzeb, 1921—1930.

D. Schwarz: *Cholelithiasis* i *cholecystitis*.

E. Cmunt, L. Volićer, E. Schulz: *Leczenie kutiwakcyną Paula*.

Dodatek: Liječnički Glasnik: sprawy zawodowe, społeczne, sprawozdania, oceny, bibliografja słowiańska.

1930. Nr. 10. Zagreb.

M. Minkowski: *Oko i mózg*.

L. Lemež: *Przyczynek do patogenezy zgorzeli tkanki tłuszczowej podskórnej noworodków (t. zw. sclerodermia neonatorum)*.

V. Ćavka: *Samoistny zanik nerwu wzrokowego*.

J. Batory: *Diabetes insipidus*.

St. Lutman: *O Jsacenie Roche*.

Sprawozdania, oceny, bibliografja słowiańska.

Dodatek: Glasnik, sprawy zawodowe i medycyna społeczna.

1930. Nr. 11. Zagreb.

E. Radošević: *Zasada „preparation of prevention" ze stanowiska transpiracji zęba*.

J. Körbler: *Curietherapie*.

E. Deutsch: *Przyczynek do leczenia przewlekłych schorzeń gośćcowych stawów i mięśni*.

S. Rechnitzer: *Pochodzenie instynktu i praw życiowych*.

J. Fischbach: *Neutralon w leczeniu wrzodu żołądka*.

Sprawozdania, oceny, bibliografja słowiańska. Dodatek: Syfilis, Dr. A. Glück.

Leszczyński (Lwów).

Medicinski Pregled.

1930. Nr. 10. Beograd-Zagreb-Ljubljana-Sofia.

L. Stanojević: *O chorobach i śmierci niektórych Nemanjićow*.

R. Pavlović i V. Ristić: *Badania nad jadowitością arsenobenzolów*.

L. Lemež: *Odczyn pseudopozytywny Wassermanna, w ciągu pierwszych dni życia*.

S. Milošević: *Nowa technika badania dermatofytów*.

V. Spužić: *Gorączka sienna i jej leczenie*.

H. Burijan: *Leczenie gruźlicy nieswoistemi substancjami tłuszczowemi*.

M. Cvetojević: *Szkoły dla dzieci o słabym wzroku*.

Oceny, sprawozdania, kronika.

1930. Nr. 11. Beograd-Zagreb-Ljubljana-Sofia.

J. Körbler: *Przygotowanie emanacyj radowych do użytku leczniczego*.

L. Stanojević: *Zasady orzeczeń sądowo-lekarskich*

S. Milošević: *Nowe poglądy na grupę dermatofytów*.

J. Furian: *Tonsilectomia czy tonsillotomia*.

B. Gradojević: *Tworzenie się zrostu kostnego pod wpływem szczepionki gronkowcowej*.

Oceny, Sprawozdania, L. Popović: Zjazd Tow. Radjologów Jugosłowiańskich w Splicie, R. Lopasić: Nekrolog prof. Cackovića.

Leszczyński (Lwów).

Piśmiennictwo czeskie.

Praktický lékař.

Rocznik X. Zeszyt 17. 1930.

F. Jindra: *Peritonitis pneumococcica*. (Opisy kilku przyp.).

K. Svĕrak: *Asthma bronchiale*. C. d. n.

J. Skala-Rosenbaum: *Syringomyelje a pseudosyringomyelja*.

Prof. Camille Lian i André Blondel (Hôpital Ténon): *Syndrom hipotenzji tętniczej*.

Obok syndromu obniżonego napięcia tętniczego należy zwrócić uwagę na nozograficznie ważne znaczenie szeregu objawów, które tworzą syndrom hipotenzji. Z objawów tych autorzy wymieniają 4: 1) zmniejszenie napięcia (podstawa całego syndromu). 2) Chłód ciała, bądź całego bądź w kończynach (akrocyjanoza). 3) Szybkie zmęczenie. 4) Skłonność do niedokrewności mózgu omdlenia, zawroty, utrata przytomności.

W napadach kryzy objawy powyższe osiągają znaczniejszy stopień, bądź z tego powodu, że hipotenzja jest tu intensywna, bądź, że ustrój nagle to odczuwa. Przypadki stałej hipotenzji nie wykazują tak silnych objawów, ponieważ ciśnienie krwi nie wykazuje tak wielkich wartości oraz ponieważ w stanie przewlekłym wytwarza się przystosowanie.

B. Ludewit: *Bezsenność i stany drażliwości u osesków i dzieci oraz ich leczenie przy pomocy diału*.

S. Basař: *O gruźlicy szczytowej*. Nie można zaprzeczyć istnieniu kataru oskrzelowego, jako wyniku nieznacznego zewnętrznego wtórnego zakażenia gruźliczego. Przejście tego kataru oskrzelowego w *phtisis* nie jest stwierdzone ani doświadczeniami klinicznemi ani anatomicznemi. O ile gruźlica w szczytach płuc doprowadza do zagęszczenia tkanki płucnej w postaci drobnych, ograniczonych ognisk, to można rozróżniać: a) blizny atelektatyczne, powstałe przez zamknięcie światła oskrzela (*endobronchitis caseosa*), b) liczne drobne ogniska hematogenne.

Te mają charakter dobrotliwy, najczęściej posiadają skłonność do utajenia i pozostają przez całe życie ogniskami ukrytemi w postaci blizn szczytowych, wapnem inkrustowanych.

Aktywacja blizn szczytowych możliwa jest z przyczyn, osłabiających obronę ustroju wobec zarazków gruźlicy. Blizny szczytowe aktywowane mogą ulec rozpadowi (jamy), przez co umożliwione jest dalsze rozszerzanie się drogą oskrzelową — powstanie *„phthisis ulcerofibrosa"*. Według badań klinicznych i anatomicznych *phthisis* ta charakteryzuje się przebiegiem dobrotliwszym aniżeli *„phthisis fibrocaseosa"*.

Prof. Hübschmann: *Technika zastrzyków domięśniowych* Przegląd literatury.

Ungar (Wiedeń).

Časopis Lékařu českých.

Rok LXIX, Z. 37. 1930.

Dr. S. Basař. *Naciek podobojczykowy i jego znaczenie dla wczesnego rozpoznania gruźlicy płuc*. Autor omawia zasady nauki Redekera, iż *phthisis* zaczyna się zawsze w postaci ogniska, ułożonego poza szczytem w płucu. W 50% wczesny naciek gruźlicy usadawia się pod obojczykiem, w 33% w części środkowej płuca, w 15% w dolnych częściach płuc, rzadko natomiast w szczycie. Naciek wczesny przebiega pod postacią grypy, a ponieważ badaniem fizykalnem trudno go wykazać, przeto przeważnie pozostaje nierozpoznanym. Sądzi zatem autor, że leczenie wczesne gruźlicy może być korzystne, jeżeli lekarz rozpozna na czas zakażenie.

Dr. P. Slanina: *Rozpoznanie cytologiczne nowotworów złośliwych z wypociny błon surowiczych*. Opisuje i omawia pojedyńcze komórki, które można cytologicznie rozpoznać, jako komórki nowotworowe w osadzie z wypociny nowotworowej. Do pewnych charakterystycznych objawów morfologicznych (nieprawidłowa wielkość, zbijanie się komórek), do zmian jądra (zmienność, charakter plazmodjalny, występowanie szeregu figur karjokinetycznych), dołącza autor na podstawie prac Lipschütza szczególny charakter zasadowej plazmy, która w postaci podkowy lub czapeczki obejmuje białą lub różowo-brunatną archoplazmę. Zawiera ona „chromofobowe ciała", zaś morfologiczny charakter jej jest tak wyraźnym, iż umożliwia pewne rozpoznanie. Zasadowy charakter plazmy oraz morfologiczny charakter komórek jakie znajdujemy w osadzie, zgadzają się zupełnie z charakterem komórek w histologicznych preparatach.

Doc. L. Valach: *Do zagadnienia fizjologicznej czynności woreczka żółciowego i kanalików żółciowych*.

Dr. J. Markl: *Teoretyczne podstawy leczenia radem w postaci płynnej*.

Doc. Dr. Saidl: *Wpływ naświetlań leczniczych na zmiany we krwi w przypadkach raków ginekologicznych*. (C. d. n.).

Dr. J. Rosenbaum: *Kwasota a magnesium hyperoxydatum*.

Dr. A. Bukovský: *Białe elementy krwi oraz ich stosunek do gruźlicy* (praca przeglądowa).

Dr. J. Kral: *Instytut cesarza Wilhelma dla fizjologji w Dortmundzie*. (Opis instytutu).

Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo francuskie.

Annales de l'Institut Pasteur.

1930. tom 45. Nr. 5.

Troisier: *Przeszczepienie raka ludzkiego na szympansa*. Próby przeszczepiania nowotworów ludzkich na zwierzęta dotychczas nie dały wyników dodatnich, a rzekomo udatne doświadczenia na myszach budzą wielkie wątpliwości. Dopiero Troisierowi powiodło się po wielu zawodach przeszczepić nowotwór z człowieka na najbliższy gatunek zwierząt, mianowicie na małpę. Przeszczepiono miazgę mięsaka barwikowego z wnętrza oka kobiety 50-letniej w 2 i pół godziny po wyłuszczeniu gałki ocznej do tkanki oczodołu szympansa. Zwierzę to padło po 70 dniach z gruźlicy,

a przy sekcji znaleziono w oczodole guz nowotworowy długości 16 mm, a grubości 5 mm. Badaniem mikroskopowem stwierdzono, że w komórkach tego nowotworu jądra wszędzie dobrze się barwiły, a protoplazma zawierała obficie melanin. Przerzutów nie było. *C.*

Piśmiennictwo włoskie.

Pathologica.

1931. Nr. 473.

Ninni i Tramontano: *Odczyn tkankowy po wszczepieniu B. C. G. do gruczołów chłonnych świnek morskich.* B. C. G. jak również hodowla przeszczepiana kilkakrotnie na pożywce stałej Petragnaniego wywołują u świnek morskich zmiany wsteczne nieprzenośne, z czego wynika, że zjadliwość B. C. G. nie wzrasta. Wszczepienie B. C. G. do gruczołów chłonnych wywołuje oprócz zwykłego miejscowego odczynu zapalnego, odczyn swoisty ogólny, trwający przy udziale układu limfoidalnego i histjocytów średnio 5 miesięcy i stanowiący właściwą podstawę odporności przeciw gruźlicy. *C.*

Piśmiennictwo angielskie.

Heart et Journal for the study of the circulation.

edited by Thomas Lewis.

V. XV. Nr. 3. 1930. London.

Thomas Lewis i E. Landis: *Badania nad mechanizmem naczyniowym w przypadkach akrocyjanozy.*

Samoistne uszkodzenie krążenia krwi skóry polega na zamknięciu drobnych tętniczek. Układ żylny jest wolny. Zamknięcie nie jest wynikiem zmiany strukturalnej, lecz jest spowodowane wzrastającem napięciem tętniczek. Naczynia, jakkolwiek zdolne do rozszerzania się, znajdują się w stanie względnego skurczu. Przyczyny skurczu szukać należy w samych naczyniach, nie zaś we wzrastającem napięciu naczynioruchowem. Skurcz tętniczek jest przyczyną zmniejszonego przepływu krwi oraz chłodu skóry. Sinica wypływa ze zmniejszonego przepływu krwi a po części z wzrastającej zwolna ilości krwi w skórze. Obniżone napięcie naczyń, które nadaje skórze intensywną barwę, jest spowodowana zmniejszoną ilością krwi przepływającej przez nie. Możliwe jest, że pewne znaczenie posiada i trwała niska ciepłota.

E. Ch. Landist: *Badania nad ciśnieniem naczyń włoskowatych w chorobie Raynauda.*

R. T. Grand: *Miejscowe odczyny tętnicze w uchu królika.*

R. T. Grand: *Spostrzeżenia o bezpośrednich połączeniach* pomiędzy tętnicami i żyłami w uchu królika.

Ungar (Wiedeń).

Piśmiennictwo niemieckie.

Die Tuberkulose.

1930. — Nr. 6.

Dr. Dumarest: *Odżywianie i dietetyka u gruźliczych.* W gruźlicy, przewlekłej chorobie zakaźnej, przychodzi do ogólnej intoksykacji, najbardziej cierpi na tem wątroba, główny narząd regulujący przemianę materji. Według ostatnich badań przy gruźlicy występuje zmniejszenie oksydacji, a więc kwasica ustroju. Należy: 1) wzmóc oksydację, 2) unormować odżywienie odpowiednio do zdolności trawiennej przewodu pokarmowego i asymilacji.

ad 1): gra tu rolę klimat, roślinność, chemiczne, elektryczne i jonizujące właściwości powietrza, ozon, w wysokich górach sucho zimne powietrze powodując utratę ciepła, zwiększenie ilości hemoglobiny, przyśpieszoną wentylację płuc, przyśpieszoną przemianę materji.

Odżywianie: asymilacja zmniejszona, dlatego bezcelowem jest przeładowywanie. Menu powinno być bardzo urozmaicone. Mięso surowe lub lekko pieczone jest lekko strawne, pobudza wydzielanie pepsyny i działalność wątroby, wskazane podawanie ryb i ostryg. Zbyt obfite podawanie azotu jest przeciwwskazane, chory gruźliczy źle asymiluje.

Tłuszcze: poleca masło, tran, mleko, bogactwo witaminy A. (zwłaszcza w czasie gdy krowy się pasą) i ser szwajcarski. Przestrzega przed nadmiernem podawaniem jaj zwłaszcza surowych. Przy nadmiernem podawaniu tłuszczów (asymilacja przez płuca i wątrobę) występują biegunki zwłaszcza u starszych chorych. U młodych chorych i z początkiem choroby można podawać tłuszcze obficiej zwłaszcza lecytynę i cholesterynę w oliwie, które ułatwiają spalanie tłuszczów.

Przemiana węglowodanowa normalna, wobec tego należy podawać ich dużo. Wytwarzają dużo kaloryj i nie obciążają płuc.

Wskazane wszystkie jarzyny, rośliny strączkowe, bogate w czynniki katalizujące i sole mineralne, — takie same zalety posiadają też i owoce (Witamina C.). Nie należy podawać kwasu szczawiowego, kwasu octowego i asparaginy. Ograniczyć lub zupełnie usunąć: kawę, herbatę, kakao, selery, pomidory, szparagi, alkohol. Nie należy podawać wód zasadowych mineralnych ponieważ zwiększają ilość kwasu węglowego we krwi.

Z lekarstw: fenol, kreozot, guajakol należą do środków hamujących oksydację, a przyśpieszają ją: kwas fosforowy, (wzmaga trawienie), świeży sok z mięsa, czynnik O (ozobijaza) i insulina. Arszenik jako trucizna wątroby przeciwwskazany podobnie i duże dawki alkaljów.

Czynnikiem wzmagającym utlenianie jest ruch, tu ważny jest powolny systematyczny powrót do pracy pod kontrolą lekarza.

Przy układaniu jadłospisu należy pamiętać o przyzwyczajeniach chorego, z jakiego kraju pochodzi etc. W sanatorjach ludowych należy uwzględniać miejscowe tradycje.

1930. — Nr. 9.

Dr. M. Wileńsky Swerdlowsk (Rosja): *Gruźlica płuc i nadczynność tarczycy.* Gruźlica tarczycy należy do rzadkości, bardzo często jednak spotyka się gruźlicę z hipertyreozą. Gilpert i Castaigne uważają chor. Basedowa jako komplikację, wywołaną przez gruźlicę. Sergent i Mignot sądzą, że *hyperthyreoidismus* zmniejsza odporność na gruźlicę. Większość podnosi równorzędność między aktywnością gruźlicy a objawami nadczynności tarczycy, inni twierdzą że ta nadczynność występuje przy początkowej dobrotliwej formie.

Autor podaje wyniki badań z przychodni gruźliczej dla młodych robotników. Rzadko spotykał się z gruźlicą z hipertyreozą i to tylko w formach początkowych. Na podstawie swych badań wysnuwa dwa wnioski: 1) wbrew zapatrywaniu innych niema równorzędności ale antagonizm między temi dwoma schorzeniami, 2) u rodzin gruźliczych osobniki z hipertyreozą nie zakażają się. Antagonizm da się wytłumaczyć nauką kwaso-zasadową. Przy gruźlicy acidoza, przy hipertyreozie alkaloza. Stąd wzajemne zwalczanie się. Gra też rolę system wegetatywny: przy wagotonji mamy gruźlicę wysiękową, przy sympatykotonji wytwórczą. Sympatykotoniczne nastawienie ustroju i zwiększona oksydacja przy hipertyreozie działa jako czynnik obronny przeciw gruźlicy. Badania ostatnich lat wykazały, że przemiana podstawowa przy gruźlicy zmienia się, tarczyca jako główny organ regulujący ulega nadczynności. Czasami ta czynność wyrównawcza jest zbyt wielka i przychodzi do tyreotoksykozy. Autor uważa wobec tego że ciężkie wypadki chor. Basedowa z małemi zmianami gruźliczemi należą właściwie do sanatorjów gruźliczych.

Dr. Krasowska (Lwów).

Medizinische Klinik.

Nr. 31. — 1930 r.

W. Koch. *O zamknięciu naczyń wieńcowych serca. Atheromatosis — arteriosclerosis.*

F. Smoler. *Leczenie ostrego nie gruźliczego ropniaka opłucnej.* Plan postępowania leczniczego od nakłucia opłucnej i aspiracji do torakotomji. Statystyka 96 przypadków z 11% śmiertelności a z ostatniego pięciolecia nawet tylko 5,6% śmiertelności, co jest cyfrą bardzo niską w porównaniu z innemi zestawieniami.

S. Westmann. *Bezpośrednie naświetlanie jam ciała promieniami pozafiołkowemi.* Opis aparatów specjalnych wprowadzanych do jam ciała i sposób działania promieni pozafiołkowych na procesy chorobowe.

H. Edel. *Pochodzenie i leczenie krwioplucia gruźliczego.* Przyczyny krwioplucia: 1) *per diapedesim* przy zwiększonej przepuszczalności ścian naczyń włoskowatych, 2) przerwanie naczyń krwionośnych, 3) blizny szczytowe, 4) świeże nacieki. Prócz znanych sposobów tamowania krwawienia (hipertoniczne roztwory, odma, ciała proteinowe i t. p.) poleca przy większych krwotokach transfuzję 80—100 cm^3 krwi.

W. Hochheim i G. Rosenthal. *Przypadek panaglutynacji.*

H. Krukenberg. *Leczenie słabych bólów porodowych i połogu.*

K. Tschilow. *Diazoreakcja przy ziarnicy po naświetlaniu Roentgenem.* Na kilku przypadkach ziarnicy zauważył autor pojawienie się lub wyraźniejsze występowanie diazoreakcji po leczeniu Roentgenem — pomocniczy środek rozpoznawczy szczególnie dla niepewnych rozpoznań.

R. Rittmann. *Przypadki wad rozwojowych nerek.* (dok.) 1) podwójna miedniczka, 2) potrójna miedniczka nerkowa.

M. Weidemann. *Grupy krwi u trędowatych na Łotwie.*

W. Schnizer. *Zapalenie wyrostka robaczkowego jako uszkodzenie w służbie?* Dział ubezpieczeń.

W. Wolff. *Kilka nowych prac z zakresu fizjologji i patologji przewodu pokarmowego.* Piśmiennictwo.

G. Paschkis. *Nowsze prace z zakresu urologji.* (dok.). Referat.

Nr. 32. — 1930.

H. Kämmerer. *Klinika chorób alergicznych.*

Dr. Woldrich. *Leczenie dychawicy oskrzelowej* zapomocą szczepionki z plwociny lub z wydzieliny nosowej w dużym procencie skuteczne.

Prof. Banthin. *Rozpoznawanie guzów jajnikowych* i ich powikłań (dok. n.).

H. Hefter. *Zrost kości promieniowej i łokciowej* wrodzony i nabyty.

H. Krukenberg. *Późne uszkodzenie u dzieci po porodzie kleszczowym i po obrocie.* Na 164 dzieci badanych w późniejszym czasie 3,7% uszkodzeń po urazie porodowym.

H. Hoff i T. Hoffmann. *O pochodzeniu optycznej aury* w dwu przypadkach padaczki pourazowej.

O. Heinemann. *Plastyka przegrody nosowej z powodu nosa siodełkowego.* Opis przypadku dotychczas nieopisywanego.

H. Bonheim. *Istota „wtórnego" ogniska sepsis.* Gdy lekarz rozpozna wtórne ognisko posocznicy, musi z niem postąpić natychmiast tak, jak i z pierwotnem t. j. o ile dostęp pozwala radykalnie je na drodze chirurgicznej usunąć.

R. T. Weiss. *O leczeniu noworodków morfinistek.* p. N. 14.

R. Müller. *Uproszczenie reakcji MB. R. II i przyśpieszenie* przez wirowanie.

Vitophos., Bellafolin — czopki. Suche łóżeczko dla niemowląt.

Prof. Geissler. *Ocena zmniejszenia zdolności do pracy po złamaniach kręgów.* Dział ubezpieczeń.

H. Kionka. *Kąpiele gazowe.* Referat.

H. Powązka (Kraków).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

IV. Wydział lekarski Polskiej Akademji Umiejętności.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 16 lutego 1931.

Przewodniczący: czł. H. Hoyer.

Czł. St. Ciechanowski przedstawia pracę p. M. Flokszt rumpfa i J. Kołodziejskiego p. t.: *O wartości klinicznej odczynu odchylenia dopełniacza z wyciągami alkoholowemi z tkanki rakowej.*

Praca niniejsza miała na celu stwierdzenie wartości klinicznej w przebiegu raka odczynu, opracowanego przez Hirszfelda i Halberównę. Surowice chorych rakowatych i surowice kontrolne były badane co do odchylenia dopełniacza zarówno z wyciągiem alkoholowym tkanki rakowej, jak i serca wołowego (odczyn Wassermanna). Ogółem zbadano 475 surowic rakowych i 2406 surowic kontrolnych. Z pośród surowic rakowych 178 dało dodatni odczyn rakowy, co wynosi 37%, gdy na tym samym materjale odsetek dodatnich odczynów Wassermanna wynosił 6%. Przy bliższem rozpatrzeniu materjału okazało się, że takie sumaryczne ujęcie wyników odczynu jest niesłuszne, gdyż wynik odczynu zależy zarówno od siedziby nowotworu, jak i od okresu chorobowego. Najłatwiej dało się to stwierdzić i śledzić na rakach macicy i sutka. Gdy we wczesnych okresach odsetek dodatnich odczynów jest bardzo niski, to w przypadkach raka daleko posuniętego i przy *carcinosis* ogólnej dochodzi do 80%. Widzimy więc, że przynajmniej w przypadkach raka macicy i sutka odczyn rakowy nie jest odczynem wczesnym. Z tego faktu wynikałoby, że odczyn obronny występuje w ustroju dopiero wtedy, gdy rak przestaje być schorzeniem miejscowem i gdy komórki nowotworowe przedostają się do obiegu krwi. Podobny brak dodatnich odczynów daje się stwierdzić i w takich przypadkach raka, które przeważnie przerzutów nie dają, bądź dlatego, że choroba zbyt szybko sprowadza zejście śmiertelne, jak np. raki przełyku, bądź też w przypadkach raków zewnętrznych, gdzie nie dochodzi do wessania tkanki rakowej. W przypadkach raków narządów wewnętrznych odsetek dodatnich odczynów wynosi około 50%. Należy podkreślić fakt ciekawy, że w daleko posuniętych procesach raków macicy a częściowo i raków sutka występuje nietylko dodatni odczyn rakowy, ale i odczyn Wassermanna. W tych przypadkach, gdzie dane kliniczne nie wskazują na obecne lub przebyte zakażenie kiłowe, chodzi prawdopodobnie o daleko posunięty rozpad już nietylko tkanki rakowej, ale i tkanki normalnej. Odczyn Wassermanna należy więc w tych przypadkach z dużem prawdopodobieństwem uważać nie za wyraz kiły, lecz daleko posuniętego schorzenia rakowego. Jeżeli chodzi o materjał kontrolny, to należy zaznaczyć, że surowice kobiet ciężarnych dają dodatni odczyn rakowy w 50—60 przypadków. Surowice kiłowe również bardzo często reagują z antygenem rakowym, co się tłumaczy obecnością w wyciągu alkoholowym tkanki rakowej również lipoidów, występujących w narządach normalnych. Dodatni odczyn rakowy przy dodatnim często odczynie Wassermanna dają surowice chorych na dur plamisty, na wiewióra i na chorobę Basedowa. Po odliczeniu tych wszystkich stanów materjał kliniczny daje dodatni odczyn rakowy w 4—5% przypadków.

Należy podkreślić, że we wszystkich tych stanach chorobowych, przy których występują odczyny charakterystyczne dla chwiejności koloidalnej białka surowicy, jak np. przyśpieszone opadanie krwinek, a więc w przypadkach gruźlicy, w ostrych stanach zapalnych i t. p., odczyn rakowy jest prawie zawsze ujemny. Fakt ten zdaje się przemawiać za tem, że odczyn rakowy nie jest wyrazem chwiejności koloidalnej surowicy, lecz raczej swoistym odczynem odpornościowym [1]).

Czł. Nitsch przedstawia pracę p. St. Sterling-Okuniewskiego i T. Kaweckiego p. t.: *O wpływie emanacji radowej na właściwości zlepne surowic wysokoaglutynujących.*

Emanacja radu, wprowadzona do normalnej surowicy ludzkiej nieogrzewanej, wywołuje niekiedy własność częściowego odchylenia dopełniacza z antygenem przeciwkiłowym. Emanacja radowa, dodana do wysokowartościowej surowicy diagnostycznej, osłabia częściowo jej miano aglutynacyjne. Autorowie wykonali 50 badań, do których użyli 21 szczepów bakteryjnych i 9 surowic (3 dla duru brzusznego, po 2 dla durów rzekomych B i C oraz po 1 surowicy rzekomoczerwonkowej Flexner i Hiss-Russel). Z tego w 70% odczynów było wyraźne osłabienie aglutynacji, w pozostałych 30% badań obniżenie to tylko się zaznaczyło. Różnice w zlepieniu różnych szczepów są utrzymane, zawsze jednak surowica z emanacją zlepia słabiej. Technika polega na rozmiażdżeniu rureczki włosowatej, zawierającej emanację, na dnie niewielkiej dość wąskiej probówki, na szybkiem zakorkowaniu i zalaniu korka parafiną. Po 2—18 i 72—120 godzinach wykonywa się odczyn zlepny. Szczepy były zawsze świeżo przeszczepiane.

Przyczyna osłabienia miana aglutynacyjnego polegać może na zmianach fizykochemicznych samej surowicy lub na oddziaływaniu emanacji na bakterje, a być może — na obu czynnikach równocześnie. W surowicach naświetlanych emanacją radową zauważa się też wyraźne ściemnienie. Odznaczają się tem zwłaszcza surowice zhemolizowane, — można więc przypuścić powstawanie zmian w barwikach krwi.

(Praca wykonana z zasiłku Fundacji im. Tyszkowskiego).

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dnia 17. grudnia 1930 r.

Poświęcone pamięci ś. p. Prof. J. Piltza.

Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.

Na posiedzeniu obecną była Rodzina ś. p. Zmarłego P. Profesorowa Piltzowa, Siostra ś. p. Prof. Piltza P. Drowa Brzezicka, Dr. Brzezicki, dalej J. Mag. Rektor Załęski, X. Prof. Fijałek, Dziekan Wydziału fil. prof. Dyboski, prof. Rubczyński, Sekr. Akadm. Umiejętności prof. Kutrzeba, prof. Talko-Hryncewicz, Profesorowie Wydziału lekarskiego: prof. Nowak, prof. Wachholz, prof. Maziarski, prof. Majewski, prof. Szumowski, prof. Walter, prof. Zubrzycki, prof. Olbrycht, doc. Szymanowicz, doc. Keller, doc. Siedlecki, doc. Kaulbersz i in., przedstawiciele władz: P. prez. Dutczyński, prez. Greger, Nacz. Wydz. Zdrowia Dr. Salak, kurator Kupczyński, szef sanitarny płk. Nadolski, dyr. Topolnicki i dyr. Stryjeński.

Przemówienia wygłosili:

Prezes Tow. Lekarskiego: Prof. Dr. J. Latkowski: Przed 4-ma tygodniami podczas jubileuszu ś. p. Prof. Piltza w Klinice neurologicznej nikt nie przeczuwał, że tak nagle i niespodziewanie zniknie z pośród nas. Nic nie wróżyło, że nad nim zawisło złowrogie fatum. Wszak tak zdrowo i rześko wyglądał, tak niestrudzenie pracował dzień cały, zajmował się obok Kli-

[1]) Praca niniejsza została wykonana dzięki zapomodze Polskiej Akademji Umiejętności z funduszu Tyszkowskiego, udzielonej L. Hirszfeldowi na prace nad rakiem.

niki tyloma sprawami różnych Towarzystw społecznych a przecież jako Profesor i Dziekan Wydziału Lekarskiego miał bardzo wiele zajęcia. Lecz nie czuł się wcale zmęczonym, był jaknajlepszej myśli, miał niedługo wyjechać do Szwajcarji na Zjazd Koleżeński i może tylko zanadto wierzył w swą szczęśliwą gwiazdę i z wrodzonym sobie optymizmem nie doceniał ciężkości operacji.

Dziś już niema niestety wśród nas tego pogodnego i niestrudzonego w pracy człowieka, tego dobrego i życzliwego dla wszystkich Kolegi, nie uchylającego się przed żadną pracą dla dobra innych.

Wszyscy zdajemy sobie jasno sprawę, że niełatwo będzie Go można zastąpić, bo rozległą była jego działalność.

Ś. p. Prof. Piltz bowiem jako znakomity i wyjątkowy organizator zawiązał w ostatnich latach ściślejsze stosunki z miarodajnemi Kołami w Stanach Zjednoczonych Ameryki i zaczął tworzyć Komitet Polsko-Amerykański, który miał się zająć pomocą dla potrzeb naukowych naszego Uniwersytetu i naszego miasta.

W pracy swej okazywał zawsze niezwykłą sumienność, obowiązkowość i niestrudzoną energję i wytrwałość.

Był zawsze pełen taktu i godności, był to człowiek wielkiej kultury, — a Swojem ujmującem obejściem jednał sobie sympatję wszystkich, którzy się z nim bliżej zetknęli. Miał szersze przyrodnicze wykształcenie i chętnie zajmował się zagadnieniami z tej dziedziny. Całą wiedzę nabytą zagranicą, a szczególnie w Szwajcarji zużytkował dla pożytku Kraju. Trzeba tu jeszcze raz stwierdzić, że ś. p. Prof. Piltz zasłużył się naszemu Uniwersytetowi i światu lekarskiemu przez stworzenie pierwszorzędnej wzorowo urządzonej Kliniki chorób nerwowych i umysłowych. Zasłużył się przez wychowanie całego szeregu lekarzy specjalistów, którzy rozeszli się po całej Polsce i zajmują szereg stanowisk kierowniczych.

Był wybitnym uczonym i autorem całego szeregu prac naukowych z zakresu chorób nerwowych i umysłowych. Był członkiem korespondentem Towarzystwa neurologicznego w Paryżu, jak również Królewsko-Brytyjskiego Tow. neurologiczno-psychologicznego w Londynie i przedstawicielem Rządu Polskiego na kongres higjeny społecznej w Waszyngtonie w kwietniu b. r.

Jubileusz Jego dowodził uznania nietylko Jego uczniów i bliższych kolegów, lecz i świata zagranicznego i Jego nauczycieli. Pogrzeb zaś był najwymowniejszą manifestacją Jego olbrzymiej popularności.

Był założycielem i Prezesem szeregu Towarzystw naukowych i społecznych jak Tow. neurologiczno-psychjatrycznego, Tow. opieki nad umysłowo chorymi, Tow. Eugenicznego, Tow. Przeciwalkoholowego, Tow. opieki nad niedorozwiniętemi dziećmi.

A dla Towarzystwa Lekarskiego był zawsze chętnym i życzliwym prelegentem i organizatorem posiedzeń z zakresu swej specjalności.

Był Prezesem Towarzystwa w roku 1917.

Na tem więc miejscu w murach Towarzystwa Lekarskiego, gdzie Go tak często widywaliśmy składam imieniem Towarzystwa Lekarskiego jeszcze raz hołd i cześć Jego pamięci i niestrudzonej pracy. (Autoreferat).

Prodziekan Wydziału Lekarskiego: Prof. St. Ciechanowski: Wydział Lekarski Wszechnicy Jagiellońskiej, którego imieniem przemawiam odczuł śmierć swego Dziekana głęboko i boleśnie. Nietylko dlatego, że zbyt nagle i zbyt dotkliwie szczerbią się nasze szeregi, że osierociała znów jedna z najważniejszych katedr, tuż po dwu innych. I nietylko dlatego, że w tak trudnych chwilach wypadł ster Wydziału z ręki doświadczonej i wypróbowanej, prowadzącej go spokojnie a pewnie.

Nawet nietylko dlatego, że ze śmiercią Profesora Piltza zbladły nadzieje gruntownej poprawy warunków pracy naszej, oparte na Jego ostatniej szczęśliwej inicjatywie, a przygasające, gdy prysły osobiste węzły, jakie umiał spleść z czynnikami mogącemi nam dopomóc. Ale stratę Jego odczuliśmy tak silnie przedewszystkiem dlatego, że należał do ludzi, wyjątkowo uzdolnionych do praktycznego czynu, a tą zdolnością wywierających naokoło wpływ silny i korzystny, pociągających za sobą przykładem i wiarą w powodzenie zamiarów.

Mówił Prof. Piltz o sobie, że ma szczęście. Ale to szczęście, jak skromnie określał to, czego dokonał, nie było zdarzeniem przypadkowem, nie było kapryśną łaskawością Fortuny, lecz było wynikiem niezwykłego zespołu zalet, właściwych Polakowi i przymiotów, których w Polsce brak a tak potrzeba. — Bo nawet ulubieniec losu aniby nie stworzył dosłownie z niczego — warsztatu dla swej pracy w Warszawie, aniby nie wykonał długiego szeregu cennych badań naukowych, aniby nie zdołał — własnemi tylko zasługami — osiągnąć katedry uniwersyteckiej i zdobyć dla niej wspaniałego i celowego gmachu, aniby nie założył i nie rozwinął szkoły psychjatryczno-neurologicznej, pierwszej może w Polsce na tym poziomie, — gdyby nie łączył tak, jak Prof. Piltz, śmiałości projektów ze skrupulatną konsekwencją, krok za krokiem uparcie dążącą do upatrzonej mety, gdyby nie posiadał hartowanej woli obok entuzjastycznego optymizmu. Nie tego tak częstego w Polsce optymizmu, który przy lada niepowodzeniu wyradza się w zupełne niepowodzenie, ale tego optymizmu prawdziwie twórczego, który zmierzył swe siły i stąd ma prawo wierzyć w dopięcie celu. Promienie tego optymizmu Prof. Piltza rozjaśniały naszą drogę i dodawały podniety; gdy zgasło ich źródło, to ta droga wydaje się mroczniejszą i dalszą.

I jeszcze dlatego odczuliśmy gorąco stratę, że Prof. Piltz był w stosunkach koleżeńskich niezwykle zrównoważony, zawsze pogodny, o nikim nigdy nie mówił źle i z niechęcią, każdemu był życzliwy i chętnie pomagał. A wreszcie, że należał do tych, którzy nie zamykają się w kole swych najbliższych, koniecznych zadań, lecz czują się dłużnikami społeczeństwa i wprzęgając się do pracy dla społeczeństwa dług ten spłacają z nawiązką. To też pamięć Prof. Piltza żyć będzie długo nietylko w naszem gronie, ale także w Towarzystwach naukowych i instytucjach humanitarnych, dla których pracował lub które nawet stworzył. (Autoreferat).

Doc. Dr. E. Artwiński (ukazało się w druku w P. G. Lekarskiej).

Dr. W. Chłopicki zobrazował działalność naukową ś. p. prof. Piltza oraz Jego stosunek do najbliższych współpracowników i Kliniki. — Na wstępie prelegent nadmienił, że z szeregu wybitnych neurologów i psychjatrów — Monakowa, Forela, Bleulera, Dejerine'a i Bechterewa, pod kierunkiem których pracował ś. p. prof. Piltz — niewątpliwie najsilniejszy wpływ na Niego wywarła i najbardziej właściwościom Jego charakteru i psychiki odpowiadała indywidualność Forela. Z tego też powodu Zmarły często wracał wspomnieniami do Forela i jakieś szczegóły z Jego życia opowiadał.

Prelegent przypomniał, że psychjatryczna klinika zurychska, w której rozpoczął Swą pracę Zmarły, posiadała świetne tradycje psychjatryczne — pracowali w niej przez pewien czas sławni Griesinger i Gudden, później Forel — znakomity anatom mózgu, bystry przyrodnik-badacz i obserwator oraz wybitny psychjatra, stojący w psychjatrji również na stanowisku ściśle przyrodniczem, biologicznem a zarazem wielki społecznik, wreszcie Bleuler, dający głęboką i świetną analizę psychoz schizofrenicznych, tego obszernego i mało dostępnego analizie rozdziału psychjatrji.

Działalność ś. p. prof. Piltza cechuje, zdaniem prelegenta, podobnie jak i u Forela — pierwiastek obserwacji, występujący pod postacią wyszukiwania nowych objawów, ściśle biologiczne stanowisko w ujmowaniu zjawisk psychicznych oraz szeroko zakrojona działalność społeczna, wypływająca zarówno z temperamentu społecznego Zmarłego, jak też z głębokich Jego założeń idealnych.

Działalność naukową ś. p. prof. Piltza podzielił prelegent na kilka rozdziałów — na rozdział prac o źrenicach, o zaburzeniach czucia, o dziedziczności, na rozdział, dotyczący symptomatologji psychonerwic i nagminnego zapalenia mózgu — oraz na osobny rozdział Jego działalności psychjatryczno-społecznej.

Badania nad źrenicami odniósł prelegent do tych prac, które stworzyły imię Zmarłemu — to też w każdym prawie — jak zaznaczył — podręczniku neurologji w rozdziale o źrenicach na każdym kroku spotykamy się z nazwiskiem śp. prof. Piltza. W pracach tych wykazał śp. prof. Piltz wspomnianą już zdolność obserwowania nowych objawów — rozszerzania ustalonej symptomatologji. Począwszy od orbikularnego odruchu źrenicznego, należącego do odruchów fizjologicznych — t. zw. odruchu Westphala i Piltza, opisuje Zmarły szereg odruchów, nazwanych Jego imieniem: Odruch zależnie od skupienia uwagi na przedmiotach jasnych i ciemnych, odruch neurotoniczny, należący do odruchów patologicznych, jako objaw organicznego schorzenia mózgu; ponadto omawia szeroko paradoksalny odruch źrenicy przy opisie przypadku paradoksalnego oddziaływania na światło, podkreślając szereg momentów, które tę paradoksalność mogą warunkować, zwraca uwagę na doniosłe znaczenie nieregularności konturów źrenic w przebiegu chorób organicznych układu nerwowego, wywołując eksperymentalnie u zwierząt przez drażnienie nerwów rzęskowych długich i krótkich zmianę konturu źrenicy. Celem dokładnego analizowania źrenic przy zmiennych warunkach doświadczenia konstruuje śp. prof. Piltz specjalny aparat własnego pomysłu do fotografowania źrenic. Bada obok tego stosunki anatomiczne, odnoszące się do źrenic — drogi zwyrodnienia szlaków okoruchowych po wycięciu pewnych części kory u królików — oraz ośrodki korowe zwężania się i rozszerzania się źrenicy przez drażnienie prądem faradycznym kory królików, psów i małp. W toku tych badań okazuje się, że z pewnych punktów kory mózgowej można wywołać zupełnie izolowane ruchy źrenic, i że jak-

kolwiek te ruchy dadzą się wywołać z całego szeregu punktów kory, to jednak co do rozmieszczenia tych poszczególnych punktów u zwierząt doświadczalnych da się stwierdzić daleko idące podobieństwo.

W pracy dysertacyjnej, na podstawie której zyskuje śp. prof. Piltz doktorat medycyny w Lozannie — mianowicie „o rozszczepieniu czucia bólowego i termicznego w przypadkach chorób i urazów rdzenia" podnosi Zmarły częstość różnych granic dla różnych rodzajów czucia (bólu, zimna i ciepła) oraz podkreśla, że największa różnica granic pomiędzy temi trzema rodzajami czucia jest tylko przy określonej temperaturze bodźców ciepła i zimna (0° i 50°); z chwilą nasilania się bodźców ciepła i zimna granice tych dwóch rodzajów czucia stopniowo ku sobie się zbliżają, by w pewnym momencie zlać się z granicą czucia bólowego. W przypadkach porażenia postępującego stwierdza śp. prof. Piltz częstość ogólnego obniżenia czucia z zachowaniem pasa nadwrażliwej skóry na szyi lub na piersi — i opisuje to, jako objaw początkowy porażenia postępującego, co też codzienna obserwacja jak podniósł prelegent w zupełności potwierdza. Obserwuje ponadto, że w około 30% przypadków wieloogniskowego stwardnienia, jako jedne z pierwszych objawów tego cierpienia, występują subjektywne i objektywne zaburzenia czucia na obwodzie kończyn dolnych. To spostrzeżenie referuje na Zjeździe neurologów w Paryżu w r. 1925.

Do rozdziału prac śp. prof. Piltza o dziedziczności zalicza prelegent prace o natręctwach depresji perjodycznej, psychopatjach i homoseksualiźmie. W pracach tych podnosi Zmarły głębokie biologiczne i dziedziczne uzasadnienie wspomnianych zaburzeń, a ponadto podkreśla, że depresja i natręctwa występują częstokroć w pewnym określonym momencie życia osobniczego jednostki, jako pewna dziedzicznie zdeterminowana cecha o określonym czasie swego ujawniania się i określonym czasie trwania. Dziedziczne, a więc biologicznie uzasadnione zaburzenia psychiczne służą Mu za podstawę do biologicznej klasyfikacji chorób psychicznych, w których odróżnia On zaburzenia psychiczne, powstające w ciągu życia osobniczego od takich, które są uwarunkowane dziedzicznie i występują w szeregu pokoleń.

W opisie nerwic wojennych, które, jak podkreśla prelegent, powstały na podstawie dużego materjału wojennego, neurotyków i psychoneurotyków wszelkiego rodzaju, akcentuje śp. prof. Piltz częstość zaburzeń histerycznych w tych nerwicach i naogół uleczalność tego rodzaju chorych przy odpowiedniem ich traktowaniu. Wielka epidemja nagminnego zapalenia mózgu ze swą wielopostaciowością objawów zwróciła uwagę śp. prof. Piltza na szereg nowych objawów, to też notuje On te objawy i jeden z pierwszych podaje je do literatury — do nich należą rozszczepienie pomiędzy wyrazem twarzy a stanem psychicznym przy przymusowym śmiechu i płaczu u parkinsoników, ameboidalne ruchy źrenic w ostrych stadjach nagminnego zapalenia mózgu, zrywanie mięśni brzucha w tym okresie, wężowate, rytmiczne ruchy tułowia i t. p.

W działalności psychjatryczno-społecznej śp. prof. Piltza wyszczególnia prelegent przedewszystkiem Jego prace w Wydziale Karnym Prawa Materjalnego Komisji Kodyfikacyjnej nad opracowaniem kwestji niepoczytalności; tam m. i. Zmarły przeprowadził Swoją definicję niepoczytalności. Odczuwając dotkliwie brak krajowego zakładu dla umysłowo chorych w zach. Małopolsce, przyjmuje czynny udział w staraniach o budowę a również i przy samej budowie Zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie; w związku z tem wydaje nawet specjalną broszurę propagandową celem wyjaśnienia wielkiej potrzeby zakładu psychjatrycznego w zach. Małopolsce. Jest jednym z organizatorów niedawno powstałego Towarzystwa Opieki nad psychicznie chorymi na terenie Województwa Krakowskiego, organizuje od szeregu lat, jako jeden z pierwszych i to nietylko u nas w Polsce — systematyczne wykłady z psychopatologji wieku dziecięcego dla nauczycieli szkół powszechnych i średnich; stwarza przy klinice krakowskiej specjalne poradnie — dla dzieci psychopatycznych, trudnych do prowadzenia oraz dla dzieci z wadami wymowy i wreszcie ostatnio stara się ożywić w Polsce ruch higjeny psychicznej, w której znajduje syntezę Swej poprzedniej działalności społecznej. Za Jego to głównie inicjatywą jeden dzień najbliższego Zjazdu Psychjatrów Polskich zostanie poświęcony zagadnieniom higjeny psychicznej. Do prac, odnoszących się do zakresu psychjatrji społecznej, odniósł prelegent również ostatnią pracę Zmarłego „O charakterze z biologicznego punktu widzenia". W pracy tej podkreśla m. i. Zmarły, że niektóre cechy charakteru, jak wrażliwość, pobudliwość układu nerwowego, stopień sprawności ruchowej i t. d. są w równej mierze wyrazem właściwości fizjologicznych układu nerwowego, jak też właściwości psychicznych danego osobnika. I dlatego nazywa takie cechy charakteru fizjologiczno-psychicznemi. Pracy nad charakterem zamierzał ś. p. prof. Piltz, jak zaznaczył prelegent, specjalnie się poświęcić — marzył o systematycznem zorganizowaniu pracy nad analizą, zboczeniami i kształceniem charakteru, dążył do stworzenia specjalnego oddziału dla dzieci psychopatycznych — t. zw. instytutu charakterologicznego, tego ideału Swego, który najprawdopodobniej dzięki Swej żelaznej energji oraz umiejętności przeprowadzania Swoich planów niedługoby stworzył i pobudził do spełniania wyznaczonych mu przez siebie celów.

Drugim ideałem, już sprowadzonym na teren rzeczywistości, ale wymagającym ciągle troskliwej i czujnej opieki, by wszystko należycie funkcjonowało — była klinika. I niczem nie można było zrobić śp. prof. Piltzowi, jak wzmiankował prelegent, większej przyjemności, jak wyrazami uznania dla Jego Kliniki, tej dla Niego tak bardzo osobistej instytucji, która od swego początku do końca była dziełem Jego osobistej inicjatywy, energji oraz nieskończonych zabiegów i starań.

W stosunku do Swoich współpracowników śp. prof. Piltz był wychowawcą — starał się ich nakłonić do ściśle ułożonego trybu życia klinicznego, umiał przekonać ich do uszanowania istniejącego porządku i do kultywowania go. Wpływał na współpracowników Swoim autorytetem, nie uciekając się do ostrych wymówek lub wybuchów gniewu. W stosunkach wogóle ze współpracownikami wykazywał dużo życzliwości, a w razie potrzeby udzielał im rad prawdziwie przyjacielskich.

Swoje przemówienie zakończył prelegent słowami, że niniejszy hołd pośmiertny przedłożył zebranym, jako wieniec spleciony być może pośpiesznie, ale i z prawdziwym pietyzmem dla pamięci ś. p. prof. Piltza z wielkich i licznych Jego zasług, z zalet Jego umysłu i serca dla uczczenia tej drogiej dla prelegenta pamięci Swego Nauczyciela.

Prace ś. p. Prof. Dra Jana Piltza.

1) O odruchach źrenic, występujących przy skupianiu uwagi. Gaz. lek. 899. Ueber Aufmerksamkeitsreflexe der Pupillen. N. Centrblt. 1899.

2) O nowych zjawiskach źrenicowych. Gazeta Lek. 1899. Ueber neue Pupillenphänomene. Neur. Centrbl. 1899.

3) Ueber Hirnrindencentrum für einseitige contralaterale Pupillenverengerung (beim Kaninchen). Neur. Centrblt. 1899.

4) Ueber Vorstellungsreflexe bei Blinden. Neur. Centr. 1899.

5) Weitere Mitteilungen über Vorstellungsreflexe der Pupillen. N. C. 1899.

6) Experimentell erzeugter reciproker Wechsel der Pupillendifferenz bei Progressiver Paralyse. Neur. Cntr. 1900.

7) Weitere Mitteilungen über die beim energischen Augenschluss stattfindende Pupillenverengerung. Neur. Cntr. 1900.

8) Sur les nouveaux signes pupillaires dans le tabes dorsal. Rev. N. 1900.

9) Przyczynek do badań nad szlakami ośrodkowemi nerwów okoruchowych. Polska Gaz. lek. 1901. Contribution à l'étude des voies centrales des nerfs de l'oeil. R. Neur. 1900.

10) Ueber centrale Augenmuskelnervenbahnen. Neur. Centr. 1902.

11) O znaczeniu rozpoznawczem nieregularności konturów źrenic w przebiegu organicznych chorób nerwowych. Gaz. Lek. 1902. Sur l'importance diagnostic des irregularités de la forme des pupilles au cours des maladies nerveuses organiques. Gazette Méd. 1902. Ueber den diagnostischen Wert der Unregelmässigkeiten des Pupillenrandes bei organischen Nervenkrankheiten. Neur. Centr. 1903.

12) O paradoksalnem oddziaływaniu źrenic na światło. Gaz. Lek. 1902.

13) Die paradoxe Pupillenreaktion und eigene Beobachtung von Verengerung der Pupillen bei Beschattung der Augen. Neur. Centr. 1902.

14) Nowy aparat do fotografowania ruchów źrenicy. Przegl. Lek. 1904. Wspólnie z inż. Lebiedzińskim. Ein neuer Apparat zum Photographieren der Pupillenbewegungen. N. C. 1904.

15) Contribution à l'étude de la dissociation de la sensibilité douloureuse et thermique dans les cas de traumatisme et d'affection de la moelle épinière. Thèse de doctorat. 1904. Ein Beitrag zur Kenntniss der Dissociation der Temperatur- und Schmerzempfindung bei Verletzungen u. Erkrankungen des Rückenmarkes. Neur. Centr. 1905.

16) Stanowisko psychjatrji w rzędzie innych nauk lekarskich oraz nowoczesne jej zadania i cele. Przegląd Lek. 1905.

17) Ein Beitrag zum Studium der Dissociation der Temperatur- und Schmerzempfindung bei Verletzungen des Rückenmarkes. Arch. f. Psych. u. Neur.

18) W sprawie budowy zakładu dla umysłowo chorych w zachodniej Galicji. Przegląd Lek. 1906.

19) O porażeniach czucia we wczesnych okresach porażenia postępującego. Przegląd Lek. 1906. Nr. 12. Sensibilitätsstörungen bei Paralysis progressiva incipiens. Neur. C. 1906. Nr. 15. Wien. therapeutisch-klin. Wochenschrift 1906. Nr. 43.

20) Schematy obwodowego, rdzeniowego i mózgowego unerwienia skóry. Schematy do oznaczania zaburzeń czucia. Cz. I, II, i III. 1907. Księgarnia Krzyżanowskiego.

21) Poszukiwania nad topografją korowych ośrodków ruchów źrenicy. Rocznik Lekarski 1907. Experimentelle Untersuchungen über die Topographie der kortikalen Pupillenbewegungscentren. Journal f. Psych. und Neur. 1908.

22) Nowe spostrzeżenia w dziedzinie zaburzeń czucia w niektórych chorobach nerwowych. Przegląd Lek. Nr. 39.

23) Pilna sprawa sanitarna. Kraków. 1910. Drukarnia „Czasu".

24) Zaburzenia nerwowe i psychiczne spostrzegane podczas mobilizacji i w czasie wojny. Przegląd Lek. Kraków 1915. Nr. 3.

25) Prof. Dr. St. Domański — Wspomnienie pośmiertne. Krak. Druk. Jagiell. 1916.

26) Przyczynek do nauki o t. zw. nerwicach wojennych i ich leczeniu. Przegląd Lek. Nr. 48. 1917.

27) O homologicznej dziedziczności w przypadkach natręctw myślowych. Przegląd Lek. Nr. 20. Kraków. 1918. Ueber homologe Hereditär bei Zwangsvorstellungen. Zeitschrift f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. XLIII. H. I. 2 Berlin.

28) Przyczynek do badań nad dziedzicznością homologiczną w przypadkach depresji perjodycznej i manji perjodycznej. Przegl. Lek. 44. 1918.

29) Pilne zadania społeczne na polu neurologji i psychjatrji. Druk. Anczyca. Kraków. 1919.

30) Główne zasady organizacji służby neurologiczno-psychjatrycznej w armji polskiej. Drukarnia Anczyca. Kraków. 1919.

31) Quelques observations et remarques concernant la symptomatologie de l'encephalite choreiforme et lethargique. Revue Neur. Paris. 1920.

32) Wspólnie z Drem St. Pieńkowskim — O odrębnych instytutach do badań mózgu. Nauka Polska. Wydawn. Kasy im. Mianowskiego. Warszawa.

33) Quelques remarques sur l'hérédité homologue dans les cas de dépression periodique. Revue Neurologique. Paris. 1920.

34) Kilka luźnych spostrzeżeń i uwag z zakresu symptomatologji śpiączki pląsawiczej i nagminnej (encephalitis choreiformis et lethargica). Przegląd Lek. Nr. 1, 2. 1921.

35) Przyczynek do nauki o homologicznej dziedziczności w przypadkach homoseksualizmu. Przegląd Lekarski. Nr. 3. Kraków. 1921.

36) Uwagi o przepisach prawnych dotyczących kwestji niepoczytalności zmniejszonej poczytalności, okoliczności łagodzących i środków zabezpieczających. Przegląd Lek. Nr. 7. Kraków. 1921.

37) O stanach psychopatologicznych występujących w życiu jednostkowem i takich, które się powtarzają przez szereg pokoleń. P. Czas. Lek. 7. 1921.

38) Quelques observations et remarques générale sur les états psychopathologiques dans la vie individuelle et ceux qui se repètent dans les generations. Archives Suisses de Neur. et de Psych. Zurich. 1923.

39) Quelques remarques sur les troubles de la sensibilité dans la sclérose en plaques. Revue Neur. Paris. 1925.

40) O bezpośredniem dziedziczeniu pewnych stanów psychopatologicznych. Polska Gazeta Lekarska. 1929.

41) O charakterze (z biologicznego punktu widzenia). Przegląd Współczesny. 1930.

Na tem zamknięto uroczyste posiedzenie ku czci ś. p. Prof. Piltza.

Następnie odbyło się Walne Zebranie członków Tow. Lekarskiego. Przewodniczący Komisji Matki Prof. Wachholz odczytuje listę kandydatów Zarządu Tow. Lekarskiego na rok 1931 r. Wybrano jednogłośnie: Prezesa prof. Waltera, wiceprezesa Dra Maciąga, sekretarza stał. prof. Gieszczykiewicza, sekret. dor. kol. Romana, skarbnika kol. Ackermana (na lat 2), skarbnika kol. Spirę (na lat 2), gospodarza kol. Karasińskiego (na lat 2). Innych członków Zarządu wybrano w dawnym składzie.

Następnie prof. Wachholz podnosi zasługi ustępującego prezesa prof. Latkowskiego położone dla dobra i rozwoju Tow. Lekarskiego w czasie Jego 4-letniej prezesury i oświadcza, że przyszły Zarząd będzie chciał odpowiednio je uczcić i upamiętnić. Prezes Prof. Latkowski dziękuje za słowa uznania; podnosi, że w czasie swego urzędowania starał się tylko o to, by posiedzenia Towarzystwa stały na odpowiednim poziomie naukowym i by zniszczony lokal Towarzystwa przywrócić do dawnej okazałości.

Następnie Prezes otwiera dyskusję nad zmienionym statutem Towarzystwa i oddaje głos Prof. Ciechanowskiemu i Dr. Landauowi, referentom statutu, którzy w krótkości przedstawiają poczynione zmiany.

W dyskusji:

Dr. Syrop: w sprawie § 4 a i b. statutu.

Dr. Glasner: w sprawie słowa ustawa zamiast statutu.

Prof. Ciechanowski w odpowiedzi: statut T-wa zawsze nazywał się ustawą.

Dr. J. Landau: przy wprowadzeniu zmian w obecnym statucie wzorowano się na statucie dawnym i musiano przystosować się do statutu Lekarzy b. Galicji.

Kol. Karasiński stawia wnioski:

I. Upoważnia się Zarząd Towarzystwa w porozumieniu z referentami PP. Prof. Ciechanowskim i Drem Janem Landauem do przeprowadzenia w uchwalonym dnia 17. XII. 1930 r. nowym regulaminie Twa, takich zmian stylistycznych, które okażą się potrzebne.

II. Wzywa się Zarząd, by w porozumieniu z Radą Zawiadowczą T-wa Lekarzy b. Galicji i Tow. Lekarskiem Lwowskiem przygotował i przez delegatów do Rady Zawiadowczej i na Walne Zgromadzenie T-wa Lek. b. Galicji przeprowadził reorganizację tegoż Towarzystwa.

W sprawie wniosków kol. Karasińskiego zabiera głos Prof. Ciechanowski.

Kol. Frommer w sprawie § 5, należy zaostrzyć warunki przyjęcia nowych członków (starający się o przyjęcie wnoszą podanie do Zarządu Tow. poparte podpisami 3-ch członków Tow.).

Prof. Wachholz proponuje zmianę § 4 a i b. statutu.

W dyskusji zabierają głos Prof. Ciechanowski, Dr. Landau popierając wniosek Prof. Wachholza.

Statut uchwalono wraz z poprawkami; przyjęto wniosek kol. Karasińskiego.

Sekretarz: *E. Szczeklik.*

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

V. posiedzenie naukowe z dnia 20. lutego 1931.

Przewodn.: Kol. J. Marischler.

1) *Dyskusja* nad wykładem kol. W. Seidla p. t. Nowsze prądy w wodolecznictwie w schorzeniach narządu krążenia.

a) Kol. Seidl podaje w krótkości treść swego wykładu dla kolegów, którzy na poprzedniem posiedzeniu byli nie obecni.

b) Kol. W. Łuczyński: Efekt przedstawionego przez kol. Seidla zabiegu wodnego w schorzeniach narządu krążenia, nie leży w ulżeniu pracy serca, co kol. Seidl w odczycie swym podkreślał szczególniej. W sercach dotkniętych wadą zastawkową, na których kol. Seidl opierał swe przykłady, objętość obiegowa krwi nie jest równą objętości wyrzutowej jak to mniej więcej bywa w narządzie krążenia normalnym, ale jest zawsze większą, a to skutkiem t. zw. objętości niewydolności, która do obwodu nie dochodzi. Ułatwienie dopływu żylnego krwi, będące następstwem zabiegu wodnego, powiększa jeszcze bardziej ową objętość niewydolności i pracę serca utrudnia. Zmniejszenie sylwety serca bywa często następstwem odmiennego ustawienia osi serca pod wpływem zmienionych warunków oddychania i wypełniania się poszczególnych odcinków krwią. Zmiana parcia krwi także nie dowodzi ani pogorszenia ani poprawy.

To co wchodzi w grę, to jest z jednej strony przesunięcie krwi z obszaru trzewiowego na obwód, zawsze utrudnione w patologicznych warunkach krążenia, i to tej krwi która, jak wykazał Brednow bierze udział głównie w przemianie gazowej, a więc szczególnie obfitej w ciałka czerwone (podczas gdy osocze ma inne miejsca depozytu) bowiem ilość krwi krążącej w ustroju jest zawsze znacznie mniejsza niż ogólna, deponowana w narządach, z drugiej zaś fakt, że u chorych sercowo poziom wartości kwasu mlekowego leżący zwykle wysoko, zwłaszcza po pracy fizycznej, może doznać na drodze przemieszczenia powyższego krwi obniżenia do normy, przez poprawę warunków spalania.

Tak więc główna wartość zabiegu wodoleczniczego przedstawionego przez kol. Seidla polega na doprowadzeniu do pewnego ładu regulacyjnych mechanizmów obwodowych, stale upośledzonych u chorych z zaburzeniami ze strony narz. krążenia.

Kol. L. Węgrzynowski przedstawia wyniki leczenia w dwu przypadkach chorych, u których zastosował kol. Seidl częściowe kąpiele w lecznicy w Hołosku. Dotyczyły one osób w rozległym nieżytem ostrym oskrzeli i rozległym chronicznym nieżytem oskrzeli, licznemi małemi rozstrzeniami, zrostami opłucnowo-przeponowemi, sinicą i dusznością. Częściowe kąpiele wywoływały uczucie ulgi, obniżenie częstości tętna i lepsze odkrztuszanie.

c) Kol. W. Pisek: jakkolwiek już Sénac, ów pierwszy klasyk francuski, kardjolog w połowie XVIII stulecia z przekąsem mówi, że „po dokładnem zbadaniu tych chorób (t. j. sercowych) ma się

tę bezwartościową satysfakcję nabrania przekonania o ich nieuleczalności" — to przecież dziś po 180 latach terapja chorób serca bardzo postąpiła zwłaszcza od drugiej połowy przeszłego stulecia. Przed laty 50 tylko z wielką ostrożnością kąpano chorych, dotkniętych schorzeniami serca. Z chwilą wprowadzenia systematycznej balneoterapji w chorobach serca rozpoczął się nowy, świetny rozwój tej gałęzi lecznictwa. Zawdzięczamy go słynnemu prof. anatomji patologicznej w Marburgu Beneckemu, równocześnie czynnemu lekarzowi zdrojowemu w Nauheim — dziś światowej sławy zdrojowisku. Cała fizjoterapja, włączając i leczenie terenowe Oertla, do niedawna jeszcze szeroko stosowane w chorobach serca — dziś daje nam do rąk potężną broń w leczeniu tych chorób — nie mówiąc oczywiście o nowoczesnej, zasadniczej terapji farmaceutycznej, znakomicie obecnie udoskonalonej. Wycinek balneoterapji chorób serca, przedstawiony przez prelegenta t. zw. kąpiele częściowe, stopniowane, zapoczątkowane przez Hauffa mają niewątpliwe zalety: nie stanowią bodźca gwałtownego i są nieszkodliwe. Nie wątpię, że bywają nieraz i pomocne. Czy dlatego, że niektórzy chorzy doznali ulgi, że nieraz i ciśnienie wygórowane opada — trudno powiedzieć. Nietylko, że przedstawiony materjał jest za szczupły ale, jak słusznie przedmówca znów wykazał, że też teoretyczne wywody prelegenta podlegają krytyce. Drobny szczegół: obniżenie ciśnienia — wszak niezawsze jest ono koniecznem, wszak nieraz ono jest wyrazem samoobrony ustroju — nie wchodzę w to czy rozchodzi się o podwyższone ciśnienie okresowe, przemijające, stałe i t. d. Zresztą wiemy, że właściwie każdy chory ma nieraz swoje osobnicze ciśnienie, dla niego prawidłowe. Ocena wartości jakiegoś zabiegu jest rzeczą niesłychanie trudną — wymaga obszernego materjału, krytycznie przesianego i stwierdzenia również przypadków bez wyniku. O roli czynnika psychicznego — tak ważnego w leczeniu chorób w ogólności, a w schorzeniach sercowych w szczególności nie chcę mówić (obszerniej omówiłem tę rzecz w mojej: Terapji chorób serca z r. 1899). Obok nowoczesnej, rozbudowanej szekoro terapji chorób serca farmaceutycznej i fizjoterapji, możemy powiedzieć o kąpielach częściowych, stopniowanych, że jak dotąd stanowić mogą lęk objawowy wartości skromnej.

Kol. Sabatowski podnosi zasadnicze podobieństwo kąpieli częściowych Hauffego do zabiegów stosowanych przy dusznicy bolesnej. I tu i tam chodzi o wpływ ciepła na układ nerwowy roślinny. Z racji rozpowszechniania się gorących zabiegów ogólnych (kąpiele z kocowaniem) w gośćcu przewlekłym na skutek publikacyj szkoły Goldscheidera i wiedeńskiej stwierdzono ponownie, co już dawnym hydroterapeutom było znane, że gorące zabiegi znoszą dobrze tylko ci chorzy, którzy się łatwo pocą.

Odpowiadał kol. Seidl.

2) Kol. W. Grabowski: przedstawia przypadek ciała obcego w oskrzelu lewem, które — jak widać z obrazu rentgenowskiego przedstawia spinkę używaną do kołnierzyka. Ciało to — jak wynika z historji choroby — tkwi w oskrzelu od 8 lat i doprowadziło do wytworzenia rozstrzeni oskrzelowych w płacie dolnym płuca lewego. Chory o aspiracji spinki nic nie wie. Na podstawie anamnezy można przyjąć aspirację w stanie upojenia alkoholowego.

W dyskusji kol. T. Zalewski podnosi trudności jakie zachodzą w wydobyciu ciała obcego w przedstawionym przypadku. Bronchoskopja trwała pięć kwadransów. Spinki dają stosunkowo dużą śmiertelność. U przedstawionego chorego warunki są o tyle korzystne, że ma on szczególnie szerokie oskrzela, a wydobycie ciała obcego napewne wpłynie korzystnie na sprawę roztrzeni oskrzeli.

3) Kol. Elmer i Scheps przedstawiają przypadek kobiety z ciężkiemi objawami choroby Basedowa, u której po naświetlaniu Roentgenem stan się pogorszył zaś po zastosowaniu naświetlania radem stan się wyraźnie poprawił (przemiana podstawowa normalna, przybytek na wadze 7 kg).

W dyskusji kol. A. Falkiewicz przedstawił przypadek 48-letniej kobiety u której po trzykrotnem naświetlaniu radem wystąpiła znaczna poprawa, przybytek na wadze 22,5 kg, znaczna zniżka przemiany podstawowej do wartości prawie normalnej (18%).

Dalszą część dyskusji przełożono na następne posiedzenie.

4) Kol. A. Domaszewicz wygłasza wykład p. t. Kilka uwag o chirurgji układu nerwowego z pokazami chorych.

W dyskusji kol. Rothfeld zapatruje się na chirurgję nowotworów zwłaszcza leżących głęboko pesymistycznie. Podnosi korzystne działanie naświetlań rentg. w niektórych przypadkach.

Kol. T. Ostrowski zwraca uwagę, że rozwój tego działu chirurgji ma duże znaczenie ze względu na interes chorych. Przez to unikną ogólni chirurdzy tak często stawianych im zarzutów, że zabieg wykonano zapóźno.

Odpowiadał kol. Domaszewicz.

VI. Posiedzenie naukowe z dnia 27 lutego 1931.

Przewodn.: Kol. J. Marischler.

1) Odczytanie protokółu z ostatniego posiedzenia.

2) *Dyskusja* nad pokazem kol. Elmera i Schepsa przypadku choroby Basedowa leczonego radem.

Kol. H. Sochański porusza zagadnienie istoty choroby Basedowa, wskazuje na wielopostaciowość patogenezy tego cierpienia z uwzględnieniem przeróżnych wpływów zewnętrznych i wewnętrznych na ustrój ludzki. Wyraża pogląd, że pewne postacie choroby Basedowa, których głównem tłem są pierwotne, nie wtórne, zaburzenia wydzielnicze tarczycy, bez zbytniego udziału wpływów psychicznych i wegetatywnych, mogą być najodpowiedniejsze do leczenia radem, o ile inne metody nie okażą się dostatecznie skuteczne.

Kol. W. Grabowski omawia wyniki naświetlania promieniami Roentgena w klinice chorób wewnętrznych. W 62% przypadków uzyskano wyleczenie. Dziś prawie nie skierowuje się chorych z hipertyreozą do zabiegu operacyjnego. Naświetlanie radem ma niewątpliwie wyższość nad ieczeniem pr. Roentgena, leczy bowiem przypadki oporne na naświetlanie pr. Roentgena a dalej czas leczenia jest znacznie krótszy. We Lwowie Dr. Węckowski naświetlał radem przypadki Basedowa z inicjatywy Prym. Ziembickiego i we wszystkich przypadkach uzyskano piękne efekty.

Kol. B. Fell zapytuje, czy w danym przypadku podczas znacznego przyśpieszenia akcji serca i później wykonano elektrokardjogram ze względu na inną ocenę stanu w razie zwolnienia rytmu zatokowego, a inną w razie gdy n. p. rytm przedsionkowy później przeszedł w normalny (zatokowy).

Kol. Landes-Leinerowa: Pan kol. Elmer pokazał nam pacjentkę cierpiącą na chorobę Basedowa, u której po naświetlaniu prom. rentgenowskiemi nastąpiło pogorszenie, zaś po leczeniu radem nastąpiła poprawa.

W związku z tą demonstracją uważam za konieczne wyjaśnić pewne zasadnicze kwestje dotyczące terapji rentg. wogóle, i odnośnie do choroby Basedowa. Choroba Basedowa spowodowana jest przez ilościowo nadmierną produkcję hormonu gruczołu tarczycowego, a więc przez hipertyreozę, z drugiej zaś strony dowiedzionem jest, że prom. rentgenowskie działają hamująco, depresyjnie, redukująco na wzrost i funkcję komórek, a więc lecząco przy hiperfunkcji, działanie przeciwne drażniące nie istnieje, tak iż nie można wyleczyć przez naświetlanie prom. rentg. kretynizmu *myxoedema*, a więc podziałać na hipofunkcję gruczołu tarczycowego.

Zdarzają się wprawdzie przypadki podobne do przedstawionego przez kol. Elmera, w których po naświetlaniu prom. rentg. następuje czasowe pogorszenie sprawy chorobowej, są to jednak wypadki, w których stosowano za duże dawki, wskutek czego, z powodu nagłego intenzywnego zadziałania prom. rentg. przychodzi do nagłego wyrzucenia nagromadzonego w komórkach hormonu, stan ten o charakterze wczesnej reakcji rzekomego pogorszenia, poprzedza następowe zmniejszone wydzielanie komórek.

Zasadniczo powinno się stosować dawki małe, tem mniejsze im silniejsze są objawy chorobowe. Działanie prom. rentgenowskich i promieniowania radu na wzrost i funkcję komórek jest jednakowe, a więc hamujące, depresyjne, redukujące, niemożliwem więc jest aby pod wpływem naświetlania prom. rentg. wystąpiło pogorszenie, pod wpływem zaś leczenia radem polepszenie stanu chorobowego. Jeżeli więc miałabym wytłumaczyć jak powstał obraz chorobowy przedstawiony przez kol. Elmera, w którym działanie prom .rentg. jest przeciwne do działania radu, muszę przyjąć co następuje:

1) stosowano za duże dawki przy naświetlaniu prom. rentg. wskutek czego nastąpiło początkowe rzekome pogorszenie stanu chorobowego;

2) najprawdopodobniej w czasie pomiędzy naświetlaniem rentg. a leczeniem radem pacjentka została uczuloną dla działania energji promieniotwórczej, zdarza się bowiem, że w wypadkach, których naświetlanie rentg. nie daje wyniku, po kuracji insulinowej lub po pobycie w górach, działanie naświetlania wzrasta, a więc gdyby pacjentka została w tym samym czasie naświetlaną prom. rentg. kiedy leczono ją radem, osiągniętoby te same wyniki, które osiągnięto przez leczenie radem.

Złe wyniki jakie widzimy u nas przy stosowaniu terapji rentg. przy schorzeniu Basedowa, w odróżnieniu do dobrych wyników klinik zagranicznych, należy przypisać temu, że skierowywane do leczenia prom. rentg. zostają przypadki przestarzałe, w których wyczerpane są wszystkie środki lecznicze, a te są przeważnie już niewrażliwe na leczenie prom. rentgenowskiemi, — dobre wyniki osiągnąć można jedynie w wypadkach świeżych.

Kol. Z. Tomanek zapytuje czy w danym przypadku badano krew cytologicznie i jaki stopień limfocytozy był przed naświetlaniem i po niem.

Odpowiadał Kol. W. Elmer.

Kol. A. Musiał przedstawił następujące przypadki:

1. *Włókniako-mięsaka nagałkowego.*
2. *Włókniaka kulistego rogówki (fibroma globosum).*
3. *Limphogranuloma fałdu półksiężycowego oczu.*
4. *Śródbłoniaka oczodołu.*
5. *Wytrzeszcz gałki ocznej nieznanego pochodzenia.*

W dyskusji przemawiali kol. Naróg i Goldschlag.

4) Kol. Dobrzański przedstawia a) przypadek *naczyniaka (angioma) jamy ustnej wyleczonego zapomocą diatermo-koagulacji.*

Od czasu badań D'Arsonvala przed przeszło 30-laty nad fizycznemi, fizjologicznemi i terapeutycznemi własnościami prądów elektrycznych o wysokiej częstotliwości i wysokim napięciu do dni dzisiejszych zyskała sobie diatermja zarówno w stosowaniu leczniczem jakoteż w stosowaniu chirurgiczno-leczniczem (jako elektrokoagulacja) szerokie zastosowanie. Doyen przed 20 laty zastosował po raz pierwszy przez użycie jednej całkiem małej elektrody koagulację tkanki i to był początek elektrokoagulacji. Od tego czasu poczęli różni autorowie w różnych specjalnościach stosować elektrokoagulację jako potężny czynnik niszczący na drodze bezkrwawej chorą tkankę. W laryngologji w 1912 roku stosowali Bourgeois i Poyet poraz pierwszy diatermo-koagulację w przypadkach nowotworów, gruźlicy, bliznowatych zwężeń górnych dróg oddechowych i t. d. Później szereg innych autorów francuskich, angielskich stosowało ją również zdobywając dla tej metody coraz więcej schorzeń. Obecnie zyskała sobie elektrokoagulacja obywatelstwo jako metoda wyboru dla niektórych schorzeń w zakresie górnych dróg oddechowych. Że wymienię tylko nowotwory dobrotliwe, niekiedy złośliwe, gruźlicze nacieki, bliznowate zwężenia i t. d.

Przedstawiam obecnie dwa przypadki leczone elektrokoagulacją w Klinice Otolaryngologicznej lwowskiej.

Przypadek 1. Chora lat 17, zauważyła już przed 2-ma laty przeszkodę na wewnętrznej stronie policzka lewego, tuż przy kącie ust w postaci płaskiego guza, który z czasem stale się powiększał. Z tego też powodu zgłosiła się do Kliniki. Badanie jamy ustnej przed 6 tygodniami pozwoliło stwierdzić na wewnętrznej powierzchni policzka lewego od kata ust począwszy guz płaski wielkości około 2 złotówki okrągły ostro odgraniczony od otoczenia, wznoszący się ponad powierzchnię na 3—4 mm barwy ciemno-czerwonej, z rozszerzonemi na powierzchni licznemi naczyniami krwionośnemi. Guz był na dotyk miękki, na powierzchni gładki i nie wykazywał nigdzie ubytku. Rozpoznano naczyniak (*Hemangioma*).

W znieczuleniu miejscowem po nastrzykaniu okolicy guza półprocentowym roztworem nowokainy wykonano elektrokoagulację, wkluwając igiełkę jako elektrodę czynną w kilku punktach w odległości około 1 cm, wykonując równocześnie koagulację aż do zbielenia na powierzchni śluzówki w miejscu wkłucia. Krwawienie bardzo nieznaczne, chora po zabiegu czuła się dobrze. W następnych dniach wystąpił lekki obrzęk policzka i nieznaczne podwyższenie ciepłoty do 37.5° C. które to objawy po kilku dniach ustąpiły. Po tygodniu guz znacznie się zmniejszył, spalona tkanka uległa oddzieleniu się, pozostawiając powierzchnię guza nierówną, a wykazującą tendencję do ściągania się. Po następnym tygodniu guz całkowicie się zmniejszył, a ubytki po przepaleniu zaczęły się pokrywać normalną śluzówką. Po 2-ch dalszych tygodniach guz zupełnie niewidoczny, ani wyczuwalny, pozostała tylko mała blizenka, długości około 1 cm. Opadnięcie górnej wargi widoczne przed zabiegiem, teraz zupełnie ustąpiło.

Jest to czwarty przypadek leczony w Klinice tą metodą z bardzo dobrym wynikiem. Uważamy, że stosowanie diatermo-koagulacji zasługuje na uwzględnienie przed zabiegiem chirurgicznym krwawym, stosowaniem radu lub zamrażania.

Przypadek 2. Chory lat 64, poddał się przed 40 laty z obawy przed pójściem do wojska t. zw. „operacji" u cyrulika, po której przewód uszny po stronie lewej uległ zarośnięciu. Do wojska nie był wzięty, lecz od tego czasu zaczął coraz gorzej słyszeć, a następnie zupełnie nie słyszał na ucho lewe. Od kilku lat ma szumy, bóle głowy i uczucie zatkania w tym uchu. Badanie wykazało *całkowite bliznowate zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego.* Słuch zupełnie upośledzony, tak, że ani nawet mowa głośna przy małżowinie nie była słyszalna, jakoteż tony niskie i wysokie prawie zupełnie niesłyszalne.

W znieczuleniu miejscowem po nastrzykaniu ścian przewodu zewnętrznego półprocentowym roztworem nowokokainy, wykonano elektrokoagulację zapomocą elektrody w kształcie małego nożyka, wykonując przypalenie koliste, odpowiadające zewnętrznemu otworowi przewodu słuchowego. Blizna sięgała wgłąb na 1 cm, dalej zaś przewód był drożny o normalnych wymiarach. Po usunięciu dużej masy nagromadzonej w głębi woskowiny i złuszczonego naskórka, można było stwierdzić, że błona bębenkowa poza zmętnieniem i lekkiem zgrubieniem jest nieuszkodzona. Słuch jednak wykazywał bardzo znaczne upośledzenie dla niskich i wysokich tonów a także i szept przy małżowinie nie był słyszalny. Następowe leczenie polegało na wkładaniu tamponików i wzierników usznych dla utrzymania szerokości światła przewodu słuchowego i doprowadzenia do całkowitego wyścielenia skórą w miejscu przepalonej tkanki bliznowatej. Obecnie po 3 miesiącach przewód słuchowy zewnętrzny jest szeroki, tak, że można wprowadzić wziernik uszny, średniej szerokości (1 cm). Słuch uległ również bardzo znacznej poprawie, gdyż niskie tony i wysokie są prawie normalnie słyszalne aż do wydzwonienia. Nie ulega wątpliwości, że upośledzenie słuchu wystąpiło w tym przypadku skutkiem długoletniego nieużywania organu słuchu, a dopiero w jakiś czas po wykonanym zabiegu narząd słuchowy powrócił z powrotem do swojej dawnej funkcji.

Jest to trzeci przypadek zarośnięcia przewodu słuchowego nabytego, wyleczonego elektrokoagulacją, która jest lżejszym i efektowniejszym zabiegiem, aniżeli zabieg chirurgiczny krwawy do którego musimy poprowadzić cięcie poza małżowiną uszną i wykonać plastyczne wycięcie przewodu słuchowego błoniasto-chrzęstnego i przez długi czas tamponować, by nie doprowadzić do wtórnego zwężenia.

W obu przypadkach była zastosowana diatermo-koagulacja jednobiegunowa. O ile chodzi o zniszczenie wielkich mas guza możemy stosować koagulację dwubiegunową, w której obie elektrody są małe a spaleniu ulega tkanka między niemi się znajdująca.

W powierzchownych zaś naciekach stosujemy tylko naciskanie (etincelage), które działa powierzchownie nie niszcząc tkanki w głąb.

W dyskusji Kol. Czoban-Sandauerowa zapytuje, czy można zastosować ten sposób leczenia i w przypadkach naczyniaków skórnych. Kol. Dobrzański odpowiada, że tak, ale wymagana jest do tego celu specjalna technika, by blizenki pozostałe były małe i nie szpeciły.

5) Kol. Przewodniczący zawiadamia o piśmie Komitetu „Radjo dla chorych" z prośbą o współpracę lekarzy w sprawie zdobycia funduszów.

Przemawiał Kol. Węgrzynowski.

Uchwalono, by Kol. Przewodniczący udał się na zebranie komitetu w dniu 1. III. b. r.

A. Falkiewicz, Sekretarz doroczny.

Towarzystwo Lekarzy Szkolnych.

Protokół miesięcznego posiedzenia w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego w dniu 18 grudnia 1930 r.

Przewodniczący: Dr. Stanisław Kopczyński.

Na początku posiedzenia Przewodniczący wspomniał o stracie, jaką nauka polska, a wraz z nią i higjena szkolna poniosła przez śmierć ś. p. prof. Dra Jana Piltza, dziekana Uniwersytetu Jagiellońskiego, znakomitego neurologa, psychiatry, i znawcy spraw psychopatologji dziecka. Obecni uczcili pamięć Jego przez powstanie.

Następnie Przewodniczący zaznajomił obecnych z postępami prac Głównego Urzędu Statystycznego, dokonywującego obliczenia nadesłanych przez lekarzy szkolnych danych, dotyczących wagi i wzrostu młodzieży szkolnej. Na 650 tysięcy uczniów zbadanych dokonano już 350 tysięcy obliczeń.

Przewodniczący pokazał tablicę propagandową do walki z gruźlicą, wydaną przez Polski Związek Przeciwgruźliczy, polecając ją do ilustracji pogadanek w szkołach w obecnym okresie dni przeciwgruźliczych.

Przewodniczący zawiadomił, że tegoroczną nagrodę im. Grzegorza Piramowicza, Warszawskie Towarzystwo Lekarskie przyznało D-rowi K. Mitkiewiczowi za całą działalność higieniczno-szkolną, a specjalnie za propagowanie idei szerzenia higjeny przez szkołę. Obecni wiadomość tę przyjęli oklaskami.

Przewodniczący oznajmił, że na wiosnę 1931 r. przy Klinice chorób wewnętrznych Prof. Orłowskiego w Szpitalu Dzieciątka Jezus przy poradni sportowej, 2 razy tygodniowo odbywać się będą wykłady dla lekarzy szkolnych na temat „Patologja i Fizjologja wieku młodzieńczego". Obecni na posiedzeniu lekarze uważają godziny wieczorowe od 8—10 za najdogodniejsze na te wykłady,

Dr. Goździcki mówił o wielkiej ilości uczniów — niekiedy więcej niż 60% — zgłaszających się do zwalniania z gimnastyki szkolnej, często ze świadectwami lekarzy prywatnych, listami rodziców i t. d. Zdaniem przewodniczącego sprawę zwalniania uczniów z gimnastyki zostawić należy do uznania lekarza szkolnego, gdyż świadectwa lekarzy prywatnych nie powinny go obowiązywać.

Dr. Babski, wspomniawszy, że Towarzystwo Nauczycieli Szkół Średnich zwróciło się do Ministerstwa z propozycją przedłużenia ferji świątecznych do 6 stycznia włącznie, zaproponował, ażeby Wydział higjeny zwrócił się również z tym wnioskiem wobec epidemji grypy oraz 2-ch świąt, przypadających między 3 a 6 stycznia. Przewodniczący odpowiedział, że sprawy te rozpatruje się w Ministerstwie.

Dr. Uliński wspomniał o 5 dniowym kursie informacyjnym dla lekarzy szkolnych i powiatowych zorganizowanym w pierwszych dniach grudnia przez Okręgowy Urząd Wychowania Fizycznego i Przysposobienia Wojskowego. Na kurs ten przybyło tylko kilku lekarzy powiatowych i 1 lekarz szkolny z Warszawy. Zbyt małą ilość uczestników kursu przypisywać należy, zdaniem D-ra Ulińskiego, małej energji Komitetu organizacyjnego kursu.

W dalszym ciągu Dr. Sokal wygłosił odczyt p. t.: *„Co lekarz szkolny dla sprawy zwalczania alkoholizmu zrobić może i powinien"*.

„Walka z alkoholizmem, który dzięki swojej powszechności i działaniu zwyradniającemu niczem się nie różni od malarji, gruźlicy i kiły, jest obecnie zagadnieniem aktualnem, a w wielu krajach pierwszorzędnem zagadnieniem gospodarczem, a nawet politycznem.

Jaskrawym przykładem doniosłości tego zagadnienia, jak i trudności zwalczania tej wady społecznej są Stany Zj. Am. P. Prohibicja, istniejąca w tym kraju od niespełna 10 lat, jest obecnie przedmiotem wielkiego zmagania się dwóch potężnych partyj, popartych żywo przez opinję publiczną, za i przeciw prohibicjonistów. Po czyjej stronie jest słuszność nie da się w tej chwili rozstrzygnąć. Wyniki dotychczasowych badań, prowadzonych przez najwybitniejszych socjologów i lekarzy, nie są zupełnie zgodne, w każdym bądź razie prohibicja przyniosła obok wielu dodatnich, także dużo ujemnych objawów w życiu narodu amerykańskiego. Zgodni są jednak wszyscy co do jednej rzeczy, która jest dotychczas mało podkreślana. *Prohibicja została wprowadzona zawcześnie, naród amerykański z 20 miljonową domieszką imigracji europejskiej, był jeszcze za mało uświadomiony i za mało do abstynencji, a więc do prohibicji, psychicznie i moralnie przygotowany. Do bezwzględnego poszanowania prawa prohibicyjnego cały naród nie dojrzał.*

Żywo występuje ten obraz losów prohibicji amerykańskiej szczególnie w momencie gdy w Polsce coraz częściej odzywają się głosy propagujące prohibicję.

Referent zastanawia się nad celem, jaki chcą osiągnąć zwolennicy doraźnej prohibicji i przekonuje się, że chcą oni osiągnąć *abstynencję przymusową*, a więc niedobrowolną dla nałogu, który życie przez setki lat tworzyło, zaś przez ostatnie dwa wieki do ostatecznych granic możliwości biologicznej, spotęgowało. Te rewolucyjne zamierzenia nie uwzględniają strony psychologicznej i wychowawczej zagadnienia. Nikt nie neguje wartości i potrzeby prohibicji. Różnica zapatrywań nie leży bynajmniej w samem pojęciu zakazu, a tylko w metodach przeprowadzenia, bo prohibicja jest najlepszem zabezpieczeniem, a nie odzwyczajeniem narodu przed obyczajem picia i pijaństwa.

Przy obecnem stanie społeczno-obyczajowym, przy dzisiejszem nie uświadomieniu i głęboko zakorzenionem obyczaju picia — *jedną potężną i niezawodną metodą walki z alkoholizmem jest kierunek wychowawczo-ewolucyjny.*

Wszechstronne wychowanie młodych pokoleń, zainteresowanie społeczne, kultura fizyczna i sportowa, poczucie odpowiedzialności społecznej, w końcu — konkretne uświadomienie już od pierwszych początków samodzielnego myślenia i utrwalenie tych zasad w ciągu rozwoju indywidualnego jest konieczne, jako przygotowanie do pracy nad starszem społeczeństwem. Prohibicja stosowana doraźnie wśród starszego społeczeństwa, nie może być nigdy środkiem wychowawczym. *Prohibicja jest dopiero uwieńczeniem prawno-państwowej ewolucji obyczajów i zapatrywań.* Dokonać tego może w walce z alkoholizmem jedynie kierunek wychowawczo-ewolucyjny.

Kierunek ten przesuwa w obecnej chwili punkt ciężkości całej propagandy za bezwzględną abstynencją — na szkołę. Lekarz w szkole w walce z alkoholizmem powinien się powodować dwoma momentami, *wychowawczym i ściśle lekarskim.* Po analizie stwierdzeń naukowych, roli alkoholu w lecznictwie, i na podstawie wniosków społecznych, nie może lekarz zająć innego stanowiska, jak takie, że alkohol jest trucizną *i w najmniejszej nawet ilości nie powinien być stosowany jako środek leczniczy.*

Uświadomienie młodzieży drogą pogadanek i wykładów nie wyczerpuje pracy lekarza szkolnego. Kierunek wychowawczo-ewolucyjny musi być oparty *o trwałą organizację abstynencką młodzieży*, która dopiero utrwala całą pracę i czyni ją naprawdę skuteczną.

Niema żadnej przyczyny ani szkolnej ani rodzinnej ani moralnej ani zdrowotnej, któraby zwalniała dziecko od świadomie przyjętej zasady abstynencji. Czynna propaganda za abstynencją powinna swoją intensywnością dotrzeć do każdego zakątka szkoły, wtedy istnienie organizacji abstynenckiej staje się potrzebą dnia.

Prócz ośrodka Krakowskiego, który obejmuje swoją organizacją przeważnie młodzież pozaszkolną, mamy tylko luźne kółka abstynenckie, stworzone przez ideowych nauczycieli. Na organizację międzyszkolną kółek abstynenckich okólnik M. W. R. i O. P. nie pozwala.

Jakich metod organizacyjnych powinniśmy się trzymać, zilustruje najlepiej przykład z praktyki szkolnej.

W marcu 1928 r. zorganizował referent kółka abstynenckie w Lublinie. Po założeniu kół abst. w Sem. żeńskiem i męskiem, skierował referent swoją działalność do szkół powszechnych. Tego okresu życia nie wolno w propagandzie abstynenckiej pominąć. Już w I. oddziale i następnych można poświęcić godzinę pogadance o alkoholu i jego znaczeniu. Korzystne jest przypomnienie o szkodliwości alkoholu tuż przed świętami lub sposób stosowania w takiej chwili formy przyrzeczenia. Dziecko o przyrzeczeniu nie zapomina. Fakty zmuszania dzieci do picia, które zdarzają się pomimo złożonego przyrzeczenia, nie powinny wpływać na tę metodę propagandy przeciwalkoholowej.

Forma organizacyjna zewnętrzna ma bardzo ważne znaczenie. Cel organizacji, walka z alkoholizmem, jako istotna treść, jest jednostronny, przykry i monotonny. Należy nadać zrzeszeniom abstynenckim formę bardziej żywą, urozmaiconą i ujmującą, o pewnej zewnętrznej krasie, o ile możliwe pogodną, radosną, aby moment smutku i przygnębienia usunąć z duszy dziecka. Kolor błękitny, kolor pogodnego słonecznego nieba nadaje organizacji wiele zewnętrznej żywości. Koła Młodzieży Błękitnej z błękitnym sztandarem, z błękitną wstęgą, z żakiem junjorem, przewodnikiem, senjorem i hasłem „Wytrwaj" — były dobrze dostosowane do młodych umysłów. Cel był w zupełności osiągnięty. Powstaje pieśń i pisemko Błękitnych. Przyrzeczenie i regulamin pozostawiał swobodę czasu w wytrwaniu w abstynencji.

Wydatna pomoc ze strony nauczycielstwa jest konieczna i najczęściej nie zawodzi. Koła abstynenckie obarczają opiekuna niewielką pracą. Organizacja jest łącznikiem między nauczycielem, lekarzem i młodzieżą, stosowana zaś na terenie ściśle szkolnym wpływa na szybki rozwój błękitnych.

Cała ta akcja skrystalizowania idei o pewnej ściśle określonej postaci była tylko próbą, która, jako dowód eksperymentalno-społeczny miała wykazać słuszność w założeniu wypowiedzianej tezy.

To jest jedyna droga, która może wywołać *potrzebę narodowego zapanowania idei abstynenckiej nad szkołą i młodzieżą.* Zespolenie młodzieży abstynenckiej po zniesieniu okólnika ministerjalnego może być w przyszłości zapoczątkowaniem prohibicyjnego prawa młodzieży. Młodzież sama będzie strażnikiem swoich haseł i bez policji prohibicyjnej uszanuje swoje prawo. A więc najpierw prohibicja młodszego pokolenia, nienakazana, nieprzymuszona, która będzie najlepszym probierzem prowadzenia w przyszłości prohibicji ogólno-państwowej, prohibicji ustawowej. Do sytuacji polityczno-gospodarczej Europy, jak i do psychiki Europejczyka, tem samem i Polaka, nie można przykładać tej miary, jaka przykładamy do oceny prohibicji St. Zj. A. P. Rozwiązanie problemu alkoholowego Europy jest znacznie trudniejsze.

Konkretyzując możemy w całem zagadnieniu ustalić następujące wytyczne działalności lekarza szkolnego w walce z alkoholizmem.

1. Alkoholizm musi być na terenie szkolnym, tak samo jak na terenie pozaszkolnym, pojmowany jako zagadnienie ogólno-państwowe.

2. Lekarz szkolny nie może ominąć propagandy przeciwalkoholowej w swojej pracy szkolnej.

3. Lekarz szkolny abstynent powinien propagować stworzenie miejscowych kół Naucz.-Abstyn., a w większych skupieniach kół Lek. Szkol. abstynentów.

4. Organizacje lek.-abstyn. i Naucz. abstyn. powinny propagować stworzenie kół abstynenckich młodzieży i ujednostajnienie form organizacyjnych.

5. Organizacje lek. i naucz. abstyn. powinne uzyskać poparcie materjalne i moralne ze strony władz i starać się o udział w procencie należnym z dochodów monopolowych.

Te wytyczne są postulatem podstawowym w walce z alkoholizmem. Jakkolwiek bowiem ukształtują się dalsze losy alkoholizmu i walki z nim w naszym kraju, jak i w całej Europie to bez propagandy abstynenckiej przez szkołę i jej wychowawców przy najżywszym udziale lekarza szkolnego, bez organizacji abstynenckiej młodzieży szkolnej nie zbliżymy społeczeństwa nawet po długich latach do uznania tego idealnego stanu państwowego, jaką jest bezwzględna prohibicja dla wszystkich napojów alkoholowych".

W dyskusji Przewodniczący podkreśla doniosłość sprawy poruszanej przez referenta, wobec zamiarów wprowadzenia prohibicji w Warszawie. Wspomina o stoisku na P. W. K. ustawionem przez Koła młodzieży błękitnej. Co do okólnika ograniczającego swobodę zrzeszeń międzyszkolnych, przewodniczący uważa, że w miarę rozwoju kół abstynenckich szkolnych można liczyć na poparcie zrzeszeń międzyszkolnych przez Ministerstwo i zrównanie ich z harcerstwem.

Dr. Kacprzak zauważa, że prohibicja w Ameryce została wprowadzona nie nagle lecz w wielu stanach przed wojną już istniała. Dzisiejsze niedomagania prohibicji są może chwilowe. Zupełnego zarzucenia alkoholu w lecznictwie nie da się obronić. Należałoby dążyć do daleko idącego zredukowania. Alkohol nie jest tak szkodliwy, jak referent twierdzi. Znaczna część alkoholu spala się w organizmie. Kółka abstynenckie tak szeroko traktowane jak referent je przedstawił, mogą zepchnąć inne zagadnienia higieniczno-wychowawcze na drugi plan. Dr. Kacprzak jest wprawdzie zwolennikiem jak najzaciętszej walki z alkoholizmem, ale przyłączyłby walkę o abstynencję do innych zagadnień, jak np. do harcerstwa, kółek sportowych, a nie odwrotnie. Aby urzeczywistnić to co referent mówił, trzeba być apostołem.

Przewodniczący uważa, że walka z alkoholizmem wśród młodzieży nabiera właściwego znaczenia dopiero przez organizowanie uczniowskich zrzeszeń abstynenckich, tak jak referent przedstawił. Przypomina o zaleceniu przez Ministerstwo wprowadzenia do szkół Złotej Księgi Abstynenckiej, w celu zapisywania doń dziatwy i młodzieży, która dała przyrzeczenie nieużywania alkoholu.

Dr. Roszkowski zwraca uwagę, że alkoholizm wśród młodzieży nie zmniejsza się. Nie zgadza się na zupełne wyeliminowanie alkoholu z lecznictwa: ma na myśli alkohol, jako lekarstwo podług recepty. Powinniśmy na terenie warszawskim tworzyć kółka abstynenckie uczniowskie.

Drzy Osowski i Trenkner przyłączają się do zdania referenta, że tylko przez młodzież należy dążyć do uświadomienia społeczeństwa.

Referent w końcowem przemówieniu twierdzi, że mimo uwagi Dra Kacprzaka Ameryka niespodzianie i wcześniej, aniżeli zamierzała, wprowadziła prohibicję. Przez usunięcie w lecznictwie alkoholu referent ma na myśli w pierwszym rzędzie napoje alkoholowe i tak zwaną wódkę leczniczą. Droga walki z alkoholizmem nie da się wyobrazić bez kół abstynenckich, które mają wpływ na całą szkołę. Tą drogą możemy wytworzyć społeczeństwo wolne od alkoholizmu.

Na tem posiedzenie zakończono o godz. 10.30.

Sekretarz: *Dr. Henryk Uliński.*

LISTY DO REDAKCJI.

Aby uniknąć nieporozumień i odmiennych interpretacyj dyskusji z XXXI posiedzenia naukowego Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego, podanej na str. 220. Polskiej Gazety lekarskiej Nr. 11 z dnia 15 marca 1931 podaję następujące wyjaśnienie. Przystępując do pracy szczepionką Friedmanna w kwietniu 1929 r. trzymałem się ściśle zasad i wskazań podanych w „Leitlinien" Friedmanna z 1929 r. i stosowałem szczepionkę ochronnie i leczniczo. Z czasem pogląd mój zmieniłem i ochronnie szczepionki nie stosowałbym dziś. Po 2-letniej pracy na materjale ściśle kontrolowanym, badanym fizykalnie i radioskopowo, w wypadkach zaś kostnych ze zdjęciami, a dróg moczo-płciowych z przeprowadzeniem badania bakterjologicznego moczu i z doświadczeniem biologicznem na śwince morskiej, zmieniłem też mój pogląd na stosowanie lecznicze szczepionki Friedmanna. Przy zastosowaniu szczepionki masowo w klasztorach oraz zakładach sierót we Lwowie, były stosowane wszystkie wyżej podane metody badania. Jedynie przy szczepieniach masowych w Synowódzku wyżnem i Korczynie te metody badania ze względów technicznych były nie do przeprowadzenia.

Aleksander Barwiński.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Kurs doskonalenia dla radjologów. W czasie od 24. I. do 7. III. b. r. odbył się staraniem ogólnopaństwowego Związku Kas Chorych w Oddziale Radjologicznym Szpitala Ujazdowskiego w Warszawie kurs doskonalenia dla radjologów pod kierownictwem Dra Witolda Zawadowskiego. Kurs powyższy obejmował podstawowe wiadomości z fizyki (nauka o elektryczności i o energji promienistej), techniki i aparatury radjologicznej, oraz całokształt radjodiagnostyki ze szczególnem uwzględnieniem najnowszych zdobyczy w zakresie każdego działu. Pozatem uwzględnione były niektóre działy radjoterapji i higjena pracowni radjologicznej. W czasie 6-tygodniowego kursu odbyło się 69 wykładów, 35 demonstracyj i ćwiczeń w opisywaniu zdjęć oraz ćwiczeń praktycznych z zakresu techniki i pomiarów dawek. Pozatem uczestnicy kursu brali udział w pracach bieżących Oddziału. W kursie wzięło udział 9 lekarzy radjologów Kas Chorych i 6 innych lekarzy radjologów, oraz 4 hospitantów.

Opis Sanatorjum K. ch. m. Lwowa i warunki przyjęcia. Rozpoczęta przed 3 laty olbrzymia budowa Sanatorjum Kasy chorych m. Lwowa, została wreszcie ukończona i oddana na użytek cierpiących. Sanatorjum, położone na południowym stoku góry Zamkowej, na wysokości 350 metrów nad poziomem morza, jest otoczone rozległymi parkami i ogrodami publicznymi i klasztornymi, nie licząc własnego trzymorgowego placu i ogrodu. Gmach Sanatorjum ma pięć kondygnacyj (wysoki parter i cztery piętra), długości frontu 88 metrów. Pod względem architektonicznym i swego położenia gmach Sanatorjum jest jednym z najpiękniejszych budynków miasta Lwowa i prawdziwą jego ozdobą, dominując bowiem nad nim swem położeniem, przyciąga wzrok każdego przechodnia. Wygodna droga, wijąca się malowniczą serpentyną, o łagodnym spadku, prowadzi do wysoko wzniesionego nad poziomem ulicy Kurkowej gmachu Sanatorjum. Na zboczach góry kwietniki i wodotryski w porze letniej będą ożywiać i ozdabiać terytorjum, otaczające budynek. Na dole, przy wjeździe, znajdują się dwa dwupiętrowe budynki, z których jeden jest przeznaczony na potrzeby administracji (biura i mieszkania), zaś drugi służy jako Przychodnia przeciwgruźlicza, która ma prowadzić jak najenergiczniejszą walkę z tą straszną chorobą, będąc do tego należycie przystosowaną i zaopatrzoną w odpowiednie urządzenia, aparaty, pracownie i t. p. Cały front głównego budynku sanatoryjnego przeznaczony jest wyłącznie na sale dla chorych i werandy. Na parterze znajdują się mieszkania dla służby, kotłownia, pokoje przyjęć chorych, łazienki, umywalnie i t. p., oraz biuro Naczelnego lekarza. Na I piętrze mieści się Oddział chirurgiczny, z dwiema salami operacyjnemi. Sanatorjum przygotowane jest do leczenia wszystkich postaci gruźlicy zarówno narządów wewnętrznych, jak i chirurgicznej, laryngologicznej i t. d. Przyjmować też będzie gruźlicę otwartą, z wyjątkiem postaci schyłkowych, przytem każdy rodzaj gruźlicy będzie zupełnie odosobniony na oddzielnem piętrze, ażeby usunąć szkodliwy wpływ wzajemny chorych na siebie. Specjalną opiekę znajdzie w Sanatorjum gruźlica chirurgiczna, do leczenia której przygotowano dwie sale operacyjne, jedną — do zakładania gipsów i aparatów ortopedycznych, szereg łóżek z wyciągami i t. d. Aparaty pomocnicze, jak Roentgen, lampy kwarcowe, diatermja, będą uzupełniać możliwości najlepszego i najnowszego leczenia chorych. Pokoje chorych są różnych rozmiarów i mieścić będą od kilku do kilkunastu łóżek, przeważna jednak ilość jest o dwóch — trzech łóżkach. W każdym prawie pokoju jest umywalnia, zimna i gorąca woda, spluwaczki z bieżącą wodą i płynem dezynfekcyjnym, radjo, oraz wygodne umeblowanie, a na każdem piętrze dwie jadalnie i dwie sale dzienne, oraz oszklone werandy, oprócz balkonu, otaczającego cały budynek wzdłuż czterech pięter. Telefony, windy osobowe, potrawowe i bagażowe uzupełniają niemal luksusowe urządzenia tego pięknego budynku. Personel lekarski składać się będzie z doświadczonych i wybitnych w swym zawodzie lekarzy, głównie z pośród Lwowskiego Uniwersytetu (profesorów, docentów i asystentów klinicznych), co pozwala przypuszczać, iż lecznictwo Sanatorjum stać będzie na najwyższym poziomie. Sanatorjum pozostawać będzie pod kierownictwem D-ra Marczyńskiego i Docenta D-ra Sabatowskiego; lekarzem administracyjnym i drugim chirurgiem będzie Dr. Józef Garbień, Prymarjuszami Oddziału Wewnętrznego — Dr. Tyszka i Dr. Tomanek, Prymarjuszem Oddziału Chirurgicznego — Docent Dr. Gruca, Kierownikiem pracowni chemicznej — Dr. Haller. Chorzy, wysyłani do Sanatorjum, winni zabrać ze sobą tylko własną bieliznę, koc do leżakowania, szczoteczkę do zębów i pantofle ranne. Wszystkie inne rzeczy, jak pościel, ręczniki i t. d., Sanatorjum daje własne.

Utrzymanie chorych, wraz z leczeniem, zabiegami i lekarstwami, kosztuje dziennie 12.50 zł. od osoby. W każdym wypadku przed wyjazdem do Sanatorjum należy upewnić się, drogą korespondencji, względnie telegraficzną lub telefoniczną, czy są wolne miejsca w Sanatorjum. Korespondencję należy kierować wprost do Sanatorjum: „Lwów, ul. Kurkowa 31. Sanatorjum Kasy Chorych". Numery telefonów 9063 i 90-64. Na zakończenie należy dodać, że opracowanie planów budowy Sanatorjum i kierownictwo nad niem spoczywało w rękach znawcy budownictwa sanitarnego, — Inżyniera-Architekta Adolfa Kamieniobrodzkiego. Współdziałał też bardzo gorliwie w tej pracy b. szef szpitalnictwa małopolskiego — Dr. Lipski. Budowę poprowadziła, pokonując wiele trudności, firma Zaremba i Luft.

(Wiadomości Kas chorych nr. 5 z r. 1931).

Ważność surowic, szczepionek i t. p. Państwowy Zakład Higjeny zawiadomił nas, że począwszy od 1 kwietnia r. b. wszystkie wytwory Działu surowic i szczepionek, za wyjątkiem krowianki, preparatów bakteryjnych i djagnostycznych, zamienia na świeże w ciągu dwóch miesięcy po upływie terminu ważności tych wytworów (dotychczas okres zamiany wynosił 1 miesiąc). Ta inowacja, dzięki której Państwowy Zakład Higjeny wyprzedził wszystkie podobne instytucje państwowe zagranicą, spotka się niewątpliwie z uznaniem aptekarzy, zwłaszcza prowincjonalnych. Należy zaznaczyć, że przedłużenie terminu wymiany preparatów biologicznych Państw. Zakł. Higjeny zostało spowodowane akcją i staraniami Zarządu Głównego P. P. T. F.

Wielka Konferencja Uzdrowiskowa. Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych urządził w sobotę, 21. III. 1931 r. o godzinie 12. m. 30 w Dużej Sali Towarzystwa Higjenicznego w Warszawie, ul. Karowa 31 konferencję poświęconą uzdrowiskom polskim. Konferencję zagaił Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia Dr. E. Piestrzyński, poczem referaty z zakresu uzdrowiskowego wygłosili Prof. Dr. L. Korczyński z Krakowa, Doc. Dr. A. Sabatowski ze Lwowa i Prezes Związku Uzdrowisk Polskich p. R. Jarosz z Truskawca. Nad referatami przeprowadzona została dyskusja.

Lwów.

Terytorjalne T-wo Przeciwgruźlicze na Województwo lwowskie. Dnia 28. marca 1931 odbył się we Lwowie I-szy Wojewódzki Zjazd Przeciwgruźliczy. Otwarcie Zjazdu nastąpiło w sali sesyjnej Urzędu Wojewódzkiego (Gmach Urzędu Wojewódzkiego, ul. Czarnieckiego) o godzinie 12,15. — Program Zjazdu: 1) Otwarcie Zjazdu przez Pana Wojewodę. 2) Przemówienie Prezesa Terytorjalnego T-wa Przeciwgruźliczego. 3) Uchwalenie regulaminu Zjazdów (refer. sekret. stały Zjazdów). 4) Wybór Prezydjum Zjazdu. 5) Sprawozdanie Dra Wysockiego o akcji Miesiąca Przeciwgruźliczego w r. 1930/31 w Województwie Lwowskiem. 6) Zwiedzanie sanatorjum, i przychodni przeciwgruźliczej Miejsk. Kasy chorych przy ul. Kurkowej. 7) Zwiedzanie sanatorjum w Hołosku, (wspólny podwieczorek). 8) Zwiedzanie M. Ośrodka Zdrowia przy ul. Zamarstynowskiej o godz. 18. 9) W Ośrodku Zdrowia: a) wykład Prof. Dra Legeżyńskiego: Dzisiejszy stan wiedzy o prątku Kocha, b) referat Dra Ćwiklińskiego. Organizacja walki z gruźlicą w mieście Lwowie, d) Wybór Komitetu 2-go Zjazdu — ustalenie miejsca Zjazdu, e) Zamknięcie Zjazdu.

Ze świata.

W dniach 26—28 maja r. b. odbędzie się w języku niemieckim kurs dla lekarzy p. t.: „Djagnostyka i terapja chorób alergicznych" w Pharmako-terapeutycznym Instytucie Uniwersytetu w Leiden (Hollandja). Wykładać będą: Prof. Stern van Leeuwen, van Niekerk (Leiden), Prof. Dr. Kest (Freiburg), i Dr. Dekker (Wald). Program na żądanie.

Międzynarodowa Wycieczka Naukowa Lekarzy do Ameryki. Dzięki inicjatywie prymarjusza Dr. Fryderyka Baracha, Wiedeń, wybierają się lekarze dnia 30. kwietnia 1931 z Bremen via Boulogne-Southampton do Ameryki północnej. Uczestnicy zobaczą życie, fabryki i zakłady lecznicze w New-Yorku, Filadelfii, Washingtonie, Chikago, Detroit, Buffalo i Spad Niagary. Powrót via Galway-Queenstown-Cherbourg dnia 1. VI. 1931 do Bremy. Cena ryczałtowa 350—375 dolarów. Koledzy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aerztliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien) Austria I. Biberstrasse 11.

Międzynarodowy kongres Patologji Porównawczej odbędzie się bież. roku w Paryżu, w dniach 14 do 18 października. Sekcji Medycyny Weterynaryjnej przewodniczą Profesorowie Vallée i Maignon ze Szkoły w Alfort. Spodziewany jest znaczny udział członków kongresu z Polski. Przewodnictwo miejscowych komitetów organizacyjnych objęli: w Krakowie Prof. Dr. J. Nowak, we Lwowie Prof. Dr. N. Gąsiorowski.

VII. Kongres Międzynarodowy Dentystyczny. Posiedzenia Kongresu odbędą się w Grand Palais des Champs-Elysées, gdzie mają się zgłaszać członkowie Kongresu do Sekretarjatu, czynnego już od 1. VIII (sobota) o godz. 20 m. 30 w czasie zwykłego posiedzenia Międzynarodowego Związku Dentystycznego (F. D. I.). W niedzielę (2. VIII). Sekretarjat będzie czynny od 9—12 i od 14—15 g. W Sekretarjacie będą stemplowane karty uczestnictwa i udzielane wszelkiego rodzaju informacje, zarówno zwykłym członkom Kongresu, jakoteż i osobom, które zadeklarowały wykłady, odczyty lub pokazy. W niedzielę (2. VIII) o godz. 15 odbędzie się posiedzenie Międzyn. Zw. Dent., o godz. zaś 20 m 30 — przyjęcie członków Kongresu przez Komitet Organizacyjny w Wersalu (wyjazd pociągami specjalnemi z Dworca Inwalidów). Poniedziałek (3. VIII) rano otwarcie Kongresu, popołudniu — posiedzenia sekcyjne; o godz. 21 przyjęcie na Wystawie Kolonjalnej. Wtorek (4. VIII) rano posiedzenie ogólne, popołudniu posiedzenia sekcyjne, o godz. 15 przyjęcie w Hotel de Ville. Środa (5. VIII) przed południem posiedzenie ogólne, popołudniu — wycieczki do Orly, Fontainebleau, Malmaison, Saint-Germain i t. d. Czwartek (6. VIII) rano pokazy, popołudniu posiedzenia sekcyjne, wieczorem (20.30) przedstawienie galowe w Operze. Piątek (7. VIII) rano pokazy, popołudniu posiedzenia sekcyjne, wieczorem (20) Bankiet. Sobota (8. VIII) rano pokazy, popołudniu zamknięcie Kongresu (posiedzenie ogólne). W razie potrzeby 2 godz. posiedzenia sekcyjne. Wieczorem (20.30) posiedzenie Międzynarod. Zw. Dent. (F. D. I.).

Na VIII. Kongresie Międzynarodowym Dentystycznym w Paryżu (2—8 sierpnia 1931) odbędzie się cały szereg pokazów klinicznych. Uczestnicy Kongresu, mając zamiar dokonać pokazu, muszą się zastosować do następujących warunków, zależnych od rodzaju pokazu. Rozróżnia się przedewszystkiem. a) pokazy kliniczne i b) pokazy, dotyczące pomocy naukowych i metod nauczania.

I. Pokazy kliniczne rozpadają się na następujące grupy: 1) plombowanie łącznie z ceramiką, 2) mała chirurgja dentystyczna ze znieczuleniem, 3) ropotok zębodołowy, 4) dostawki całkowite 5) dostawki częściowe, korony i mosty 6) ortopedja szczękowa, 7) proteza szczękowo-twarzowa, 8) radjologja i fizykoterapja. Wszystkie te pokazy odbędą się na 3 posiedzeniach przed- i popołudniowych. Pokazy kliniczne powinny być zgłoszone do Komitetu Narodowego (Lwów, Zielona 5a prof. A. Cieszyński), który o tem zawiadamia Sekretarjat Kongresu, 45 rue de la Tour d'Auvergne — Paris).

Zgłoszenie ma zawierać: 1) imię, nazwisko, tytuł i adres autora, 2) tytuł pokazu i krótkie podanie jego treści (2 do 5 wierszy), 3) do tego należy dołączyć opis pokazu, nieco szczegółowszy, nie przenoszący jednak 25 wierszy pisma maszynowego.

II. Pokazy metod nauczania i pomocy naukowych mają być zgrupowane przez dyrektorów zakładów naukowych i w tej formie przesłane do Komitetu Narodowego, który je zgłasza do Sekretarjatu Kongresu. Przy zgłaszaniu należy zaznaczyć: a) nazwę szkoły, b) tytuł pokazu, c) imię i nazwisko osoby delegowanej do wykonania pokazu, d) przedmiot pokazu (2—5 wierszy), e) opis pokazu do 25 wierszy pisma maszynowego.

III. Wykonanie pokazów. Pokazy będą się odbywały na odpowiednio zgrupowanych stołach, zaopatrzonych w numery. Wielkość stołu odpowiada w przybliżeniu stolikowi do kart. Plan pokazów z oznaczeniem ich treści, nazwiska wykładającego oraz Nr. stołu będzie wywieszony w Dużej Hali Kongresu. Żadnych zabiegów na chorych dokonywać nie będzie można — można jednak do pokazu chorych przedstawiać. Uprasza się pp. demonstratorów o posiadanie własnych narzędzi i materjałów, potrzebnych do pokazów. Na żądanie będą dostarczone do pokazów połączenia gazowe i elektryczne (110 W prąd stały lub zmienny jednofazowy). Wszelkie inne urządzenia i instalacje mogą być dostarczone zależnie od decyzji Komitetu Organizacyjnego. PP. demonstratorzy zechcą się zgłosić w niedzielę 2. VIII. o godz. 9—12 lub 14—16 do Biura Komisji Pokazów (Bureau de la Commission des Demonstrations — Grand Palais des Champs Elysées) po informacje. Podaje się do wiadomości, że na sali pokazów nie będzie wolno dokonywać sprzedaży i kupna żadnych materjałów ani instrumentów. Niektóre ważniejsze pokazy, wybrane przez Komitet Organizacyjny, będą udostępnione dla większej liczby obserwatorów przez zastosowanie epidiaskopu.